

---

## BIENESTAR SUBJETIVO EN LA VEJEZ

**AUTORA:** M<sup>a</sup> Dolores Zamarrón Cassinello

**DIRECTORA:** Rocío Fernández-Ballesteros

Madrid, Mayo de 1999

Reg 4 26009.

**TESIS DOCTORAL**



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BIOLÓGICA Y DE LA SALUD  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
Cantoblanco, Madrid



*La felicidad no es un modo de ser, porque el modo de ser puede estar presente sin producir ningún bien, como en el que duerme o está inactivo ,sino una actividad. Y así, como en los Juegos Olímpicos no son los más hermosos ni los más fuertes los que son coronados, sino los que compiten, (pues algunos de éstos vencen), así también en la vida los que actúan rectamente alcanzan las cosas buenas y hermosas ; y la vida de éstos es por sí misma agradable. La vida humana consiste en actuar, en hacer cosas, y son nuestras acciones las que nos hacen felices o desgraciados.*

Aristóteles, Ética a Nicómaco, Libro 1, Capítulo 2  
(1099a, 2)



---

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

### PARTE TEÓRICA

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. El bienestar subjetivo .....</b>	<b>5</b>
1.1. Definición .....	6
1.2. Influencias en el bienestar subjetivo .....	8
1.3. La felicidad como un rasgo o como un estado.....	15
1.4. Teorías .....	18
1.4.1. Teorías finalistas .....	18
1.4.2. Teoría de la actividad .....	22
1.4.3. Top-Down y Bottom-up .....	23
1.4.4. Teorías asociacionistas .....	25
1.4.5. Teorías del juicio .....	27
1.4.5.1. Aspiración y logro .....	31
1.4.5.2. Teoría de la adaptación .....	32
1.4.6. Teoría biogenética .....	34
<b>Capítulo 2. El bienestar subjetivo de los mayores.....</b>	<b>37</b>
2.1. Estabilidad de la satisfacción a través del ciclo vital .....	41
2.2. Predictores de felicidad en personas de edad avanzada .....	44

---

---

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

2.3. Patrones de vejez satisfactoria .....	49
2.3.1. Teoría de la actividad .....	49
2.3.2. Teoría de la desvinculación.....	51
2.3.3. Adaptación satisfactoria a la vejez.....	55
<b>Capítulo 3. Bienestar en contextos específicos .....</b>	<b>62</b>
3.1. Residencias .....	63
3.2. Opinión sobre las residencias .....	65
3.3. Expectativas de irse a vivir a una residencia .....	68
3.4. Satisfacción con la residencia.....	75
<b>Capítulo 4. Medida del bienestar subjetivo .....</b>	<b>85</b>
4.1. Medidas de ítem único .....	86
4.2 Escalas de múltiples ítems.....	88
4.2.1. Escalas dirigidas a la población mayor .....	88
4.2.2. Escalas dirigidas a la población general .....	89
4.3. Algunas cuestiones sobre la medición del bienestar subjetivo .	93
<b>Capítulo 5. Resumen de la parte teórica.....</b>	<b>98</b>

---

---

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

### PARTE EMPÍRICA

<b>Capítulo 6. Estudio sobre satisfacción en personas mayores que viven en la comunidad.....</b>	<b>104</b>
6.1. Introducción .....	105
6.2. Objetivos .....	106
6.3. Método .....	106
6.3.1. Sujetos.....	106
6.3.2. Instrumento .....	107
6.3.3. Procedimiento .....	108
6.3.4. Variables .....	108
6.4. Análisis estadístico .....	111
6.5. Resultados .....	112
6.5.1. Análisis de fiabilidad de la escala de satisfacción .....	112
6.5.2. Análisis factorial de los indicadores de satisfacción.....	114
6.5.3 Análisis correlacional y factorial de las variables objeto de estudio .....	116
6.5.4. Comparación de medias de los tres indicadores de satisfacción en función de las variables sociodemográficas.....	124
6.5.5. Modelo estructural .....	132
6.5.5.1. Descripción del modelo .....	143
6.5.5.2. Evaluación del ajuste del modelo .....	146
6.6. Discusión .....	149

---

---

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>Capítulo 7. Estudio sobre satisfacción en personas mayores que viven en residencias .....</b>	<b>159</b>
7.1. Introducción .....	160
7.2. Objetivos .....	162
7.3. Método .....	162
7.3.1. Sujetos .....	162
7.3.2. Instrumento .....	167
7.3.3. Procedimiento .....	169
7.3.4. Variables .....	169
7.4. Análisis estadístico .....	170
7.5. Resultados .....	173
7.5.1. Análisis de fiabilidad de la escala de satisfacción global (PGCMS) .....	173
7.5.2. Análisis factorial de los indicadores de satisfacción .....	175
7.5.3. Análisis correlacional y factorial de las variables psicosociales y sociodemográficas objeto de estudio.....	178
7.5.4. Comparación de medias de los tres indicadores de satisfacción .....	187
7.5.5. Comparación de medias de las variables de satisfacción en función del contexto donde habitan .. .....	194
7.5.6. Modelo estructural .....	196
7.5.6.1. Descripción del modelo .....	206
7.5.6.2. Evaluación del ajuste del modelo .....	209
7.6. Discusión .....	211

---

---

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Capítulo 8. Conclusiones ..... 222

Bibliografía ..... 229

Anexo 1

Anexo 2

---



## **Agradecimientos**

*Ante todo, quiero expresar mi agradecimiento a la prof. Rocío Fernández-Ballesteros, no solo como directora de este trabajo sino también porque, durante estos años, que he tenido el privilegio de poder trabajar junto a ella, me ha contagiado la inquietud por la investigación. Sin su ayuda, sus consejos, su ánimo y su confianza en este trabajo, no me habría sido posible realizar esta tesis.*

*Al prof. Miguel Ruiz que ha tenido la paciencia de iniciarme en el difícil manejo de las ecuaciones estructurales, que me han resultado tan útiles en esta tesis, estando en todo momento dispuesto a aclararme dudas y darme consejos.*

*Tampoco me puedo olvidar de todas aquellas personas mayores que han sido entrevistadas de forma desinteresada y que, gracias a sus respuestas, han colaborado en esta investigación.*

*Por último, quiero dar las gracias a David que siempre me ha animado y ayudado en los momentos difíciles, sacrificando, en muchos casos, su tiempo para facilitar mi trabajo.*

---

## INTRODUCCIÓN

La psicología es la ciencia que se ocupa, según distintos autores, del alma, la mente, la conciencia o el comportamiento humano. A lo largo de este siglo, la psicología se ha ocupado, predominantemente, de los procesos básicos como la atención, la percepción, la memoria y el aprendizaje, la formación de conceptos y otros procesos inferiores de pensamiento, y, mucho menos, de procesos o estructuras oréticas relativas al mundo emocional afectivo y motivacional. Así, también, los psicólogos aplicados se han preocupado mucho más de los problemas de las personas que de sus características positivas, es decir, se han centrado en los trastornos mentales y en su prevención, más que en potenciar o estimular aquellas. En definitiva, ha habido una tendencia en la investigación psicológica a estudiar los afectos y emociones negativas o los procesos que pueden dar lugar a conflictos, que lo que lleva al buen ajuste. O, en otras palabras, la psicología se ha ocupado más del estudio de la ansiedad y la depresión que del estudio de las emociones positivas, mientras que los procesos, a través de los cuales, las personas consiguen sus metas, ha suscitado mucho menos interés.

Sin embargo, descubrir la llave de la felicidad ha sido el objetivo del ser humano y, desde que el mundo es mundo, éste no ha cesado de buscarla : todo lo que hacemos lo hacemos con la esperanza de aumentar nuestra felicidad. Sin embargo, a ello, no se le ha prestado mucha atención intelectual ; Existe una gran desproporción entre las pocas investigaciones científicas existentes en torno a la felicidad y el peso y la importancia que tiene en nuestra vida. Incluso, manifestaciones humanas como la literatura ensalzan, más bien, igual que los psicólogos, los componentes negativos del psiquismo. La siguiente cita de Augusto Monterroso se refiere a dicho fenómeno :



*La literatura está más hecha de lo negativo y de lo adverso y, sobre todo, de lo triste. El bienestar y, específicamente la alegría, carecen de prestigio literario, como si el regocijo y los momentos de felicidad fueran espacios vacíos, vacíos y por tanto intransferibles, de los que el verso y la prosa serían malos portadores. Parecería que solo los bobos están contentos...*

En los últimos años, se está desarrollando una psicología más “positiva” que no se centra en los déficits o patologías, sino en el estudio de aspectos tan importantes para las personas como la felicidad, así como de otros factores relacionados con ella.

Por otro lado, el incremento de la esperanza de vida, ha provocado un aumento sustancial de la población mayor. En países desarrollados de nuestra órbita, se llega a la edad de 65 años, considerada como frontera entre la edad adulta y la tercera edad, en unas buenas condiciones físicas y mentales, en la mayoría de los casos. Esto ha convertido a la vejez en una larga etapa que puede representar, en muchos casos, más del 20% del total de la vida.

La sociedad tiene una doble obligación, por un lado con los propios mayores, ya que dedicaron su vida a construir el estado social actual, les deben atención y cuidado si ha de menester. Por otro lado, con aquellos ciudadanos que, en un futuro, más o menos inmediato, tendrán el privilegio de incorporarse al cada vez más abundante “club de los mayores”, también le interesa potenciar sus condiciones positivas.

Es, por tanto, no solo labor de la psicología como ciencia del comportamiento sino de la sociedad en su conjunto, la de estudiar, en profundidad, este importante período en la vida, con objeto de buscar los factores que influyen

en la satisfacción y en la felicidad de las personas, potenciando lo que las estimula y maximiza y resolviendo o minimizando lo que las perturba.

Buscar y analizar los factores que influyen en el bienestar subjetivo de las personas mayores, es el objetivo de este trabajo, que está encaminado a obtener unos resultados que nos hagan reflexionar sobre las posibilidades que tenemos para mejorarlo.

Por otra parte, no hay que olvidar que en España, el 2,8% de la población mayor viven en residencias. Será también un objetivo de este trabajo estudiar que aspectos influyen en el bienestar subjetivo de este grupo de personas que vive en un contexto tan específico como es una residencia de ancianos. Ya que nos interesa analizar si los factores que contribuyen a la satisfacción con la vida de las personas que viven en la comunidad o en residencias son los mismos.

Este trabajo ha sido posible gracias a los programas concertados entre la Universidad Autónoma de Madrid y el Instituto Nacional de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), dirigidos por la Prof. Fernández-Ballesteros.

El presente trabajo consta de dos partes fundamentales, en primer lugar, se realizará una revisión teórica sobre el bienestar subjetivo, posteriormente, se describirán los dos estudios empíricos llevado a cabo para esta investigación, uno realizado con una muestra de personas mayores que viven en la comunidad y otro con una muestra de personas mayores que viven en residencias públicas y privadas.

En el capítulo 1, según se ha indicado anteriormente, se hará una revisión teórica de las investigaciones que, hasta la fecha, se han realizado en el estudio del bienestar subjetivo de las personas en general ; así como también se analizarán los

principales factores que influyen en dicho bienestar. También en este capítulo se pondrán de relieve las principales teorías explicativas del bienestar subjetivo.

En el segundo capítulo, se hará una revisión teórica del bienestar, pero en esta ocasión, centrado en las personas mayores, comparándolo con el bienestar de las más jóvenes y analizando qué factores, teóricamente, están influyendo en que las personas mayores sean más o menos felices o estén más o menos satisfechas con sus vidas.

En el tercer capítulo, presentamos distintas investigaciones realizadas en residencias de ancianos, en las que se ha estudiado la satisfacción de dichas personas con su vida en la residencia.

En el cuarto capítulo, se hace una revisión de los instrumentos de medida del bienestar subjetivo, así como también de sus propiedades psicométricas.

Posteriormente, en los dos capítulos siguientes, quinto y sexto, y, una vez finalizada la parte teórica, se ha procedido a presentar la parte empírica. Esta parte está, a su vez, dividida en dos estudios claramente diferenciados por el tipo de muestra (comunidad o residencia) al que han ido dirigidos. Ambas investigaciones han tenido como objetivos la validación de los instrumentos utilizados para medir la satisfacción con la vida, así como también buscar los elementos que están relacionados con la satisfacción de las personas mayores que viven en la comunidad y las que viven en residencias y, por último, el establecer un modelo explicativo de la satisfacción tanto de las personas mayores que viven en la comunidad como de las que viven en residencias para la tercera edad. Finalmente, en el capítulo séptimo, se presentarán unas conclusiones generales de los dos trabajos realizados.



# **CAPÍTULO 1**

## **EL BIENESTAR SUBJETIVO**

## 1.1.- DEFINICIÓN

A lo largo de la historia del pensamiento, el bienestar subjetivo ha sido estudiado desde múltiples disciplinas definiéndose en términos éticos, teológicos, políticos, económicos y psicológicos (Diener 1984, Veenhoven, 1984). Desde esta perspectiva, no es de extrañar la diversidad de etiquetas utilizadas para etiquetar el bienestar : felicidad, satisfacción con la vida y calidad de vida han sido las que han permanecido con mayor constancia en los últimos años. Mientras que, felicidad es el término más popular, tanto en investigaciones como en el uso coloquial, calidad de vida se ha considerado desde un aspecto macro social.

En 1967 Wilson presentó en el Psychological Bulletin la primera revisión en el campo del bienestar subjetivo, "correlatos de la felicidad". Basado en la experiencia empírica limitada de aquellos tiempos, Wilson concluyó que la persona feliz es *"joven, saludable, bien educada, bien remunerada, extrovertida, optimista, libre de preocupaciones, religiosa, casada, con alta autoestima, trabajadora, de cualquier sexo e inteligente."*

El bienestar subjetivo ha sido definido por medio de criterios externos como la virtud o la santidad. Coan (1977) revisó las diversas concepciones de la condición ideal que han prevalecido en diferentes culturas y épocas. En las definiciones normativas la felicidad no es considerada como un estado subjetivo, sino más bien como la posesión de una cualidad deseable.

El concepto de felicidad se ha manejado desde hace varios milenios. Por ejemplo, Marcus Aurelius escribió que *"ningún hombre es feliz si él no piensa que lo es"*. Shin y Johnson (1978) definieron felicidad como *"una evaluación global de la calidad de vida de las personas de acuerdo con los propios criterios elegidos por ellas"*

*mismas*" (p.478). En una investigación realizada por Andrews y Withey (1976), estos autores encontraron que más del 99% de sus entrevistados habían efectuado, previamente a calificarse como felices, una evaluación de sus vidas. Muchas definiciones sobre felicidad se refieren a lograr la satisfacción armoniosa entre deseos y metas (Chekola, 1975).

Sin embargo, felicidad no es lo opuesto de infelicidad, depresión o enfermedad mental, aunque está relacionada negativamente con estos estados y se debe a diferentes causas (Argyle, 1987; Lu, 1995). Andrews y Withey (1976) postularon, en principio, tres posibles componentes de la felicidad:

- (a) Emoción positiva
- (b) Satisfacción con la vida
- (c) Ausencia de emociones negativas y de distrés psicológico.

Esta conceptualización de felicidad, está teniendo cada día más auge entre los investigadores. Sin embargo, debería haber un cuarto componente que se refiera a la auto-aceptación y a otros elementos como propósito de vida, desarrollo personal, relaciones positivas con otros, dominio ambiental y autodeterminación (Ryff, 1989b, 1995). La descripción más general de la felicidad sería *una experiencia interna de un estado positivo de la mente*.

Hay que diferenciar entre los aspectos emocionales y cognitivos de la felicidad. En general, en el pasado, se definía como un estado emocional o de sentimiento, o la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo (Bradburn, 1969), definición de bienestar subjetivo en este caso hace hincapié en la experiencia emocional agradable. Esto debe significar que la persona percibe en mayor medida experiencias agradables durante su vida o que la persona está predispuesta a tales emociones. Sin embargo, las últimas investigaciones hacen referencia a un proceso cognitivo o proceso de juicios, enfatizando la evaluación satisfactoria con la vida como la llave de la felicidad (Green,



Goldman, & Salovey, 1993).

Los científicos sociales se han centrado en la cuestión de qué es lo que lleva a la gente a evaluar sus vidas en términos positivos. Esta definición de bienestar subjetivo ha sido etiquetada en términos de satisfacción con la vida y cuenta con los estándares del informante para determinar qué tipo de vida es satisfactoria. Por otra parte, el término calidad de vida es un concepto molar y multidimensional (Fernández-Ballesteros, 1992) en el que habrá que contemplar tanto factores personales (la salud, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales, las actividades, etc) como socioambientales (calidad ambiental, condiciones económicas, factores culturales, etc), tanto aspectos objetivos (nivel de renta, actividades que realiza, etc), como subjetivos (satisfacción con la vida, salud subjetiva, etc). Según esta asunción de la calidad de vida, satisfacción con la vida sería un ingrediente personal y subjetivo de la misma. Calidad de vida es un término más amplio que satisfacción con la vida, ya que engloba a la satisfacción con la vida entre sus componentes.

## 1.2.- INFLUENCIAS EN EL BIENESTAR SUBJETIVO

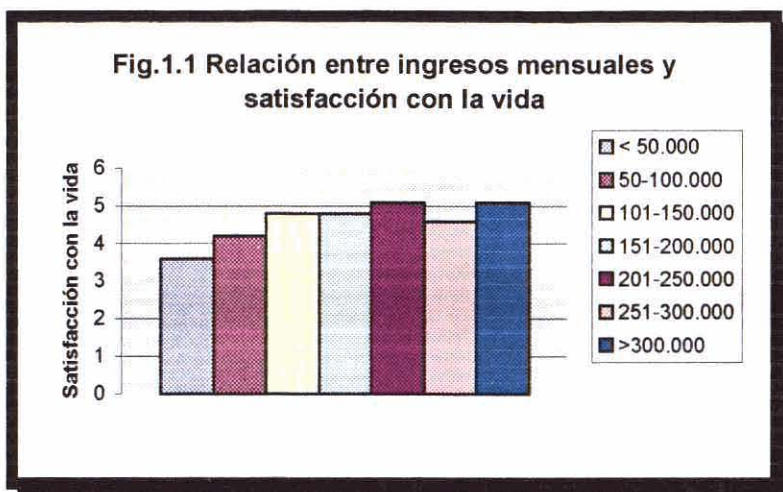
Filósofos y escritores han hipotetizado sobre numerosas causas de felicidad. Rousseau situó la fuente de felicidad en una buena cuenta bancaria, una buena cocina, una buena digestión; Thoreau, su seguidor, escribió que la felicidad es un producto de la actividad.

La salud es un aspecto importante del bienestar general. Se halla estrechamente relacionada con la felicidad y está considerada como una de sus principales causas. (Argyle, 1987). Sin embargo esta relación se mantiene sólo en los autoinformes de salud. La correlación disminuye cuando se utilizan informes médicos de salud de los sujetos. (Watten, Vassend, Myher, & Syversen, 1997). Las medidas de salud autoinformadas reflejan no sólo el estado físico actual, sino también el nivel de ajuste emocional. La relación entre salud autoinformada y bienestar subjetivo está



incrementada por dicho componente. Las percepciones de salud están, probablemente, influenciadas por la personalidad.

Por otra parte, hay algunos datos que demuestran una relación positiva entre los ingresos y el bienestar subjetivo (Larson, 1978). Sin embargo, también existe evidencia que indica que según aumentan los ingresos reales dentro de un país, la gente no se siente necesariamente más feliz (Campbell, 1981.; Easterlin, 1974). Las personas que son más ricas que otras tienden a ser más felices, pero según crece el nivel general de ingresos, la felicidad no crece necesariamente con él. El dinero es directamente proporcional a la felicidad, en tanto en cuanto sirve para cubrir necesidades primarias, pero deja de ser así una vez que éstas son cubiertas. Pudiéndose incluso convertir en un motivo de infelicidad. Esto es consistente con los resultados encontrados recientemente en una investigación realizada por Avia y Vázquez (1998), entre lectores del periódico *el Mundo*, en la que se llegó a la conclusión de que los ingresos están relacionados con la felicidad, pero solo hasta cierto punto. Parece ser que existe una relación entre ingresos y felicidad hasta el punto de tener las necesidades cubiertas. A partir de esta situación económica, desaparece dicha relación. Como puede observarse en la Fig. 1.1 Alcanzado un nivel de ingresos (a partir de 100.000 pts mensuales, aproximadamente) las puntuaciones en satisfacción con la vida no experimentan incrementos significativos, llegando a estabilizarse e, incluso en algunos casos, a bajar.



Fuente : Avia y Vázquez, 1998

Estos resultados concuerdan con la afirmación de Bertrand Russell a este respecto en su libro “La conquista de la felicidad” :

*“No niego que el dinero, hasta cierto punto, sea muy capaz de aumentar la felicidad ; más allá de cierto punto, no lo creo así”.*

Las relaciones sociales son también una fuente fundamental de felicidad, en la misma medida que están asociadas positivamente con salud mental y física. Los mayores beneficios provienen del matrimonio y de otras relaciones íntimas de confianza y de apoyo. Las relaciones aumentan la felicidad porque producen alegría, proporcionan ayuda y se realizan actividades agradables en común. Reducen los efectos de la tensión mediante el incremento de la autoestima, la eliminación de las emociones negativas y la provisión de ayuda para resolver problemas. (Argyle, 1987).

Especificando las relaciones sociales, en el área del matrimonio, se trata de dilucidar la dirección causal de la relación entre el estar casado y el bienestar subjetivo. Existe una evidencia longitudinal de que las personas felices y bien equilibradas tienen mayor probabilidad de casarse (y de permanecer casadas) que las otras personas (Scott,

1991 ; Mastekaasa, 1992, 1994a ; Veenhoven, 1989). Mastekaasa (1994b) encontró que la viudedad tenía un efecto negativo corto en el bienestar, sugiriendo que las personas se adaptan a dicho estado. Mastekaasa, sin embargo, también encontró que el efecto negativo del divorcio era estable a lo largo del tiempo.

Hay una relación muy estrecha entre la satisfacción con el trabajo y la satisfacción con la vida en general, lo cual no es de extrañar, ya que el trabajo es una parte muy importante de la vida dado que nos ocupa mucho tiempo, es una fuente de ingresos económicos, eleva la autoestima y, también, las relaciones sociales. Tait, Padgett, y Badwin (1989) llevaron a cabo un meta-análisis de 34 estudios y encontraron una correlación media de .44 entre la satisfacción con el trabajo y la satisfacción con la vida

Para muchas personas el ocio es más importante y satisfactorio que el trabajo: es una fuente fundamental de satisfacción vital. El ocio produce satisfacción porque :

- Se vuelve intrínsecamente motivador mediante el desarrollo de habilidades y su ejecución.
- Proporciona satisfacción social, identidad y relajación.
- Puede ser una reacción frente al trabajo, una extensión de éste o su complementario

La educación también parece estar relacionada con el bienestar aunque la correlación es pequeña pero significativa (Campbell y col., 1976 ; Cantril, 1965 ; Diener, Sandvik, Seidlitz, & Diener, 1993). Witter, Okun, Stock y Haring (1984) realizaron un meta-análisis y encontraron un efecto medio de .13. Este efecto no difería significativamente de medidas de satisfacción con la vida (.15), calidad de vida (.12), o felicidad (.12). La educación está más relacionada con el bienestar en las personas con bajos ingresos (Campbell, 1981 ; Diener y col, 1993) y en países pobres (Veenhoven, 1994a). Sin embargo, hay que señalar que una parte de la relación entre educación y



bienestar se debe a la covariación de la educación con los ingresos y el trabajo. (Campbell, 1981 ; Witter y col., 1984).

La relación entre religión y bienestar subjetivo no está muy clara ya que los resultados de las últimas investigaciones son contradictorios, quizás porque la religiosidad se ha operativizado de forma diferente en los distintos estudios. Por ejemplo, Bergin (1983) realizó un meta-análisis en el que mostraba como la religión correlacionaba negativamente con el bienestar en el 23% de los estudios, positivamente en el 47%, y no encontró relación en el 30% de los estudios restantes. Por otra parte, Gartner, Larson y Allen (1991) concluyeron que “la evidencia sugiere que la religión está asociada con beneficios en la salud mental” (pag. 16), especialmente cuando la religiosidad se medía como “conducta religiosa actual” (ir a la Iglesia). Ellison (1991) afirmó que la religiosidad explicaba el 5-7 por ciento de la varianza de la satisfacción con la vida, quizás porque incrementa el sentimiento de eficacia, de control y de seguridad. Por otra parte, Strawbridge, Shema, Cohen, Roberts y Kaplan (1998) comprobaron que la religiosidad amortigua los efectos de algunos estresores en la depresión, pero exacerba los efectos de otros estresores como los problemas matrimoniales y el abuso. Estos hallazgos sugieren que los efectos de la religiosidad no son siempre positivos, y apuntan a la necesidad de más investigaciones en este área.

Los juicios de satisfacción tienden a correlacionar más con bienestar subjetivo que lo que lo hacen las condiciones objetivas. La correlación más alta se ha encontrado con satisfacción con uno mismo .55, esto sugiere que la gente debe tener autoestima para estar satisfecho con sus vida. También correlacionan fuertemente satisfacción con el estándar de vida y con la vida familiar. Para construir modelos teóricos sobre el bienestar, los científicos necesitan articular el grado en el cual la satisfacción subjetiva es un necesario precursor de la satisfacción con la vida y el afecto positivo. Ciertas teorías (p.ej: condicionamiento clásico) sugieren que podría haber una conexión directa entre condiciones externas objetivas y felicidad, sin una mediación consciente de satisfacción subjetiva. En suma la teoría de “top-down” descrita más tarde, sugiere que

los dominios subjetivos de satisfacción, más que causar, derivan del bienestar subjetivo.

Hasta aquí, algunos aspectos que los autores han considerado relevantes del bienestar subjetivo. Sin embargo, los autores también consideran que el bienestar subjetivo es más bien dependiente del funcionamiento estable e intrapsíquico o personal del individuo. Así, se considera que la personalidad es uno de los predictores más fuertes y consistentes del bienestar subjetivo (Diener & Lucas en prensa). Incluso hay evidencia que sugiere una influencia causal de la personalidad en los niveles de bienestar subjetivo.

En este sentido, como ya se ha comentado anteriormente, una elevada autoestima es uno de los predictores de mayor fuerza del Bienestar Subjetivo (Anderson, 1977; Kozma y Stones, 1978; Wilson, 1960), aunque este efecto ha sido débil en algunos estudios (Reid y Ziegler, 1977; Wessman y Ricks, 1966), Campbell y col (1976) vieron que la satisfacción con uno mismo mostraba una correlación mayor con la satisfacción con la vida que ninguna otra variable.

Otro rasgo de personalidad que ha que ha sido con frecuencia relacionado con la felicidad es la internalidad, definida como una tendencia a atribuir resultados a sí mismo más que a otras causas externas. Esta variable, normalmente evaluada con la escala de *lugar de control* de Rotter, se ha visto que se relaciona, altamente, con bienestar subjetivo (Baker, 1977; Brandt, 1980).

La extraversión y los constructos relacionados con ella tales como el optimismo, la búsqueda de sensaciones y la sociabilidad se ha hallado que covarían con el bienestar (Gorman, 1972). Sin embargo Emmons y Diener (1983) y Costa y McCrae (1980) hallaron que la extroversión correlacionaba con el afecto positivo, mientras que el neuroticismo se relaciona con la infelicidad. Costa y McCrae sugieren que la extroversión y el neuroticismo son dos dimensiones básicas de la personalidad que conducen al afecto positivo y al afecto negativo, respectivamente.



Por otra parte, la inteligencia es una variable personal que debería esperarse se relacionase de una forma fuerte con el bienestar subjetivo, porque es una capacidad muy valorada en la sociedad. Pudiendo hipotetizarse que aquel más inteligente debería ser más feliz. Sin embargo, esta relación no se ha encontrado (Palmore, 1979). Si podrían encontrarse relaciones entre la inteligencia “emocional” y el bienestar subjetivo. Como señala Goleman (1996), la inteligencia emocional conlleva condiciones personales afectivas muy próximas a los conceptos que aquí se están manejando. Evidentemente, es una pura especulación que deberá verse contrastada.

El vínculo personalidad-bienestar subjetivo surge de una amplia variedad de investigaciones. Los investigadores en el temperamento de los niños opinan que algunas diferencias individuales tempranas son de naturaleza emocionales y estas diferencias pueden tener alguna base biológica. Así, Goldsmith y Campos (1986) sugieren que las reacciones emocionales tempranas son moderadamente estables en el tiempo y proporcionan las bases de la personalidad del adulto. Digman y Shmelyov (1996) vincularon dimensiones de temperamento temprano a dimensiones de personalidad adulta.

En resumen, parece que la definición de Wilson de la persona feliz “joven, saludable, bien educada, bien remunerada, extrovertida, optimista, libre de preocupaciones, religiosa, casada, con alta autoestima, trabajadora, de cualquier sexo e inteligente”, no se ajusta a lo que investigaciones posteriores han demostrado sobre los correlatos de la felicidad. Sobre todo, se ha visto que las variables demográficas apenas ejercen influencia en el bienestar, siendo las variables de personalidad y actitudes las que parecen tener mayor influencia. De todos modos, aunque se encuentran variables relacionadas con el bienestar, la dirección de la causalidad no está muy clara. Es decir, podemos pensar que la buena salud o los contactos sociales podrían tanto ser el resultado de la felicidad como su causa. Por tanto, harían falta más investigaciones longitudinales para

poder determinar la dirección de causalidad de las variables que correlacionan con el bienestar subjetivo.

### 1.3.- LA FELICIDAD COMO UN RASGO O COMO UN ESTADO

Si suponemos que la felicidad es un constructo de personalidad o es una predisposición, podríamos esperar que el bienestar subjetivo fuese, al menos, de alguna manera, consistente a lo largo del tiempo y de las situaciones. Un modelo en el cual factores personales estables ejerzan su influencia en el bienestar subjetivo a largo plazo, mientras que factores que varían situacionalmente cambian el bienestar subjetivo tanto para arriba como para abajo del nivel previo.

La influencia, a lo largo del ciclo de la vida, relacionada con la personalidad, se expuso por Magnus y Diener (1991) quienes encontraron qué medidas de personalidad, en un momento determinado de la vida, predecían satisfacción con la vida 4 años más tarde, incluso después de controlar la influencia de los eventos vitales. Igualmente, Headey y Wearing (1989) encontraron que la gente vuelve a una línea base de afecto positivo y negativo tras la ocurrencia de eventos positivos y negativos. Ellos propusieron un modelo de "equilibrio dinámico" según el cual la personalidad determina los niveles de la línea base de las respuestas emocionales. Los acontecimientos pueden mover a las personas positiva y negativamente desde esta línea base, pero todos tendemos a volver a la misma. Kozma, Stone y Stones (1997) estudiaron si la estabilidad del bienestar subjetivo se debía a la estabilidad en el ambiente, en la personalidad, o en los estilos afectivos. Encontraron que todos los factores contribuían a la estabilidad del bienestar subjetivo en algún grado, principalmente los factores de personalidad.

Si la estabilidad del bienestar subjetivo está influenciada por variables estables de personalidad, no deberíamos solamente esperar estabilidad en el tiempo, sino también a través de diferentes tipos de situaciones. Las personas que son felices en su



trabajo deberían también ser felices en su tiempo libre. Diener y Larsen (1984) examinaron esta hipótesis y encontraron que los niveles medios de afecto positivo en el trabajo correlacionaban .70 con la media de estado de ánimo en el tiempo libre. Niveles similares de consistencia se encontraron entre situaciones sociales vs situaciones de soledad y entre situaciones nuevas y situaciones típicas. Aunque los acontecimientos y situaciones ciertamente ejercen influencia en nuestras emociones y sentimientos de bienestar, nosotros tenemos una tendencia para experimentar niveles similares de emociones positivas y negativas en una amplia variedad de situaciones. Naturalmente, las personas reaccionan ante los acontecimientos, los niveles agregados de emoción son, sólo, los que tienden a ser estables.

La limitada influencia de factores objetivos en combinación con los estudios que estiman la significación del componente genético del bienestar, nos lleva a creer que la felicidad es un rasgo (Costa, McCrae, & Zonderman, 1987). Este punto de vista ha sido criticado por Veenhoven (1994b) que argumenta que la felicidad puede cambiar a lo largo del tiempo y está influenciada por la fortuna y la adversidad. Para apoyar esta afirmación, Kozma, Stone, y Stones (1997) demostraron como el bienestar subjetivo fluctúa a lo largo del tiempo, aunque hay, claramente, algunos niveles de estabilidad. Basado en la gran cantidad de investigaciones acerca de los correlatos del bienestar, Veenhoven argumenta que la felicidad no es un rasgo por ella misma, ya que factores externos, situacionales y demográficos ejercen su influencia sobre la misma. Sin embargo, rasgos estables de personalidad pueden influir sustancialmente en el bienestar.

Costa y McCrae (1980) propusieron que el rasgo de personalidad extraversión, ejercía una influencia en el afecto positivo, mientras que el rasgo de neuroticismo, influenciaba la experiencia del afecto negativo. Los cuales, juntos, resultaban, en conjunto, el bienestar. Utilizando una ecuación estructural para controlar los errores de medida, Fujita (1991) encontró en su estudio, que la correlación entre el rasgo latente de extraversión y el afecto positivo fue de .71 y

que neuroticismo y afecto negativo formaban un único factor. Lucas, Diener, Grob, Suh, y Shao (1998) replicaron los hallazgos de Fujita y encontraron una correlación de .74 entre extraversión y afecto positivo.

Un rasgo que Wilson mencionó en relación con el bienestar subjetivo es la autoestima. La gente utiliza muchas y muy diversas estrategias para mantener la autoestima (Dunning, Leuenberger & Sherman, 1995). Los hallazgos de que la autoestima está fuertemente relacionada con el bienestar subjetivo, se han replicado a menudo, Diener & Diener (1995) demostraron que dicha relación no es universal. En una investigación transcultural sobre la relación de la autoestima y la satisfacción con la vida, encontraron que la correlación entre ambos constructos es baja en culturas colectivas.

Otra característica que Wilson mencionó es la correlación entre felicidad y optimismo, Scheier y Carver (1985) desarrollaron una teoría de optimismo disposicional. De acuerdo con esta teoría, el optimismo representa una tendencia generalizada para esperar resultados favorables en la vida de uno. Si uno espera resultados positivos, trabajará por las metas que ha elegido, mientras que si uno espera fallar, se desmoralizará ante las metas seleccionadas. Los estados de ánimo positivos provocan pensamientos positivos, un mayor recuerdo de acontecimientos felices, más creatividad y mayor solución de problemas, más conducta servicial y una evaluación más positiva de los demás. (Argyle, 1987). El simple hecho de poner a la gente de buen humor aumenta sus informes sobre su satisfacción vital. Parece que los sujetos emplean su estado de ánimo inmediato como fuente de información sobre el grado de satisfacción que les proporcionan sus vidas (Schwarx y Clore, 1983; Schwarz y col., 1984).

Su relación es menor con otros recursos personales, como la inteligencia o el atractivo físico. La investigación sobre la depresión indica que se halla provocada de modo conjunto por acontecimientos vitales que producen tensión y diversos factores de



vulnerabilidad, como la falta de apoyo social. Atribuirse los fracasos a uno mismo y las creencias distorsionadas, más que provocar la depresión, la acompañan, aunque su modificación puede servir para aliviarla.

En resumen, según las investigaciones realizadas, la mayoría de ellas, se inclinan en la dirección de ver el bienestar subjetivo como un rasgo más que como un estado. Este rasgo está determinado por la personalidad del individuo. Así, variables de personalidad como la autoestima, el optimismo, el neuroticismo, ejercen una influencia clara en el bienestar. Los acontecimientos vitales tanto positivos como negativos hacen fluctuar nuestro bienestar por encima o por debajo de nuestro nivel estable de satisfacción. Existe una tendencia a volver siempre al mismo nivel de bienestar. Este punto de vista ha sido criticado por Veenhoven (1994b) quien argumenta que la felicidad puede cambiar a lo largo del tiempo y está influenciada por la fortuna y la adversidad.

Según estas investigaciones, se constata que, en la última década, ha habido un movimiento desde los estudios de factores objetivos, que Wilson destacó, hacia factores internos como personalidad y afrontamiento.

## **1.4- TEORIAS**

### **1.4.1.- Teorías finalistas**

Estas teorías sobre bienestar subjetivo mantienen que la felicidad aumenta cuando alguna meta o necesidad se alcanza. Wilson (1960) postuló que la "satisfacción de necesidades causa felicidad" y, consecuentemente, el incumplimiento de las mismas causa infelicidad. Muchas de las investigaciones sobre bienestar subjetivo han estado basadas en un modelo implícito relacionado con necesidades y metas.

Son los filósofos los que más se han preocupado en cuestiones relacionadas

con estas teorías. Por ejemplo, ellos se preguntaban si la felicidad se conseguía al alcanzar algún deseo o al suprimirlo. Mientras que los filósofos hedonistas han recomendado el cumplimiento de los deseos, los ascetas han recomendado la supresión de los mismos. ¿Son algunos deseos perjudiciales para la felicidad? Quizás una de las más importantes cuestiones es si la felicidad viene de haber satisfecho un deseo, de haber recientemente conseguido un deseo, o de las acciones realizadas para conseguir los objetivos deseados. Scitovsky (1976) dijo, *"estar en el camino hacia las metas y luchar para conseguirlas es más gratificante que el momento de su logro"* (p: 62).

Alternativamente surgen las teorías de necesidades, que postulan que existen ciertos instintos o necesidades aprendidas que las personas buscan para lograr algo. La persona debe o no, ser consciente de estas necesidades. Sin embargo, se ha postulado que la felicidad surgirá al conseguir dichas necesidades. En contraste, las teorías de las metas están basadas en deseos específicos de los cuales la persona es consciente. La persona busca ciertas metas, y la felicidad es el resultado de su logro (Michalos, 1980). Metas y necesidades, están relacionadas ya que las necesidades sirven de base para ponerse metas específicas. Las metas y los deseos son más conscientes que las necesidades. Muchos individuos han tenido la experiencia de sentirse felices cuando han conseguido alguna meta importante. Sin embargo, algunos investigadores (p.ej: Chekola, 1975) postulan que la felicidad depende de un continuo cumplimiento de un plan de vida, de un total conjunto integrado de metas personales. Algunas metas deben estar en conflicto con otras. De este modo, la felicidad dependería de dos factores: 1) La integración de unas metas, y 2) El cumplimiento de las mismas.

En la misma línea, Palys y Little (1983) hipotetizaron que la gente tiene proyectos personales que deben ser integrados dentro de un proyecto total.

De acuerdo con estas teorías hay varios elementos que pueden interferir en el bienestar subjetivo.

1° Los individuos deben desear metas que les aporten felicidad en un espacio corto de tiempo pero esto lleva consigo, a largo plazo, consecuencias que evitan la felicidad porque interfieren en la consecución de otras metas.

2° Las metas y deseos de las personas pueden estar en conflicto, siendo imposible satisfacer ambas completamente. Ya que sus necesidades o deseos podrían ser inconscientes, sería muy difícil identificarlos e integrarlos si éstos estuvieran en conflicto.

3° Los individuos podrían estar despojados de felicidad porque no tengan deseos ni metas.

4° Finalmente, las personas podrían ser incapaces de conseguir sus metas por tener pobres habilidades o porque dichas metas son demasiado elevadas.

### **Placer y sufrimiento**

La idea de que conseguir metas y necesidades lleva al aumento de la felicidad se encuentra en la literatura sobre felicidad: Placer y sufrimiento están íntimamente relacionados. Un individuo solo tiene metas o necesidades si algo falta en su vida. De este modo, muchas definiciones sobre necesidades y metas presumen que la ausencia o privación es un precursor necesario de la felicidad. Una asunción en esta línea es que una gran privación (por consiguiente, infelicidad), conlleva mayor alegría cuando se consigue la meta. La idea de que el cumplimiento de necesidades lleva a la felicidad es la opuesta a la idea de que tener todas las necesidades permanentemente cubiertas llevará al máximo de felicidad. De acuerdo con esto, si las necesidades y metas de un individuo están totalmente cubiertas, debe ser imposible alcanzar mucha felicidad. Houston (1981) mantenía que *"somos probablemente más felices cuando experimentamos una privación de una necesidad y somos capaces de satisfacerla"* (p. 7).



Según Bradburn (1969) el afecto positivo y el negativo (felicidad e infelicidad) son independientes, lo cual fue confirmado en estudios posteriores en los que se emplearon métodos similares. No es posible sentirse feliz y desgraciado al mismo tiempo. Sin embargo, Kamman y Flett (1983) elaboraron escalas de sentimientos positivos y negativos en las que se pedía a los sujetos que informaran de la frecuencia de dichos sentimientos. Descubrieron que las escalas positivas y negativas correlacionaban negativamente ( $r = -.58$ ). Se ha descubierto lo mismo en escalas similares (Warr, Barter y Brownbridge, 1983; Diener, 1984). Sin embargo, aunque la frecuencia de las emociones positivas y negativas están inversamente relacionadas, las intensidades, es decir, la fuerza con que se sienten, están directamente relacionadas. Quienes se sienten intensamente felices también suelen sentirse intensamente desgraciados (Diener, Sandvik y Larson, 1985), tal vez porque son capaces de expresarse más tanto verbal como emocionalmente.

Hay variables psicológicas implicadas en la relación entre placer y sufrimiento. Así, si una persona tiene una importante meta y ha trabajado duro para conseguirla, fracasar le producirá una sustancial infelicidad y triunfar le llevará a una gran felicidad. Si una persona tiene poco interés en conseguir una meta, el fracaso no le aportará mucha infelicidad. En palabras de Tatarkiewicz, *"si las fuentes de placer se multiplican, también lo harán automáticamente las fuentes de dolor"* (1976, pag. 50). Por consiguiente, obligación, compromiso, y esfuerzo parecen aumentar la intensidad de sentimiento que una persona percibirá.

Otra teoría que sugiere la conexión entre placer y sufrimiento es la teoría de procesos opuestos de Solomon (1980). De acuerdo con esta teoría, la pérdida de algo bueno lleva a la infelicidad y la pérdida de algo malo lleva a la felicidad. Además, se han hecho predicciones específicas sobre la magnitud del afecto. Una persona se habituará a un objeto bueno o malo, y, de este modo, conllevará menos felicidad o infelicidad con la exposición repetida. No obstante, el componente crucial de la teoría es que el afecto

opuesto cuando se pierde el objeto será mayor después de producirse la habituación.

Zanjemyos esta sección con las consideraciones que sobre el tema tiene Julián Marías (1987): *“El placer tiene en la vida una importancia que, por diversas razones, no ha solido ser reconocida. Cierta dosis de placer es necesaria como estímulo, incitación o plenitud. Da una impresión de henchimiento, de logro o realización. No todas las personas tienen la misma sensibilidad para el placer. Hay personas -o pueblos, o épocas- con viva sensibilidad, que falta en otros casos. Hay personas con aptitud para el placer, y otras están afectadas de sequedad. Las hay que gozan con todo, a veces con cosas de escasa importancia; otras tienen minima reacción al estímulo placentero”* (P. 182).

#### 1.4.2.- Teoría de la actividad

Un grupo amplio de teorías mantienen que la felicidad es un producto de la actividad humana. Por ejemplo, la actividad de escalar una montaña debería proporcionar mayor felicidad que alcanzar la meta. Aristóteles fue uno de los primeros en aproximarse a las teorías de la actividad. Él mantenía que la felicidad se produce cuando una actividad se ha realizado bien. De acuerdo con esta teoría , las personas tenemos ciertas habilidades, y la felicidad surge cuando estas habilidades se utilizan de manera adecuada. Conviene señalar que los autores se refieren a un concepto amplio de actividad ; así se incluye, por ejemplo, hobbies, interacciones sociales y ejercicios están englobados como áreas de actividad.

Según las teorías de la actividad, una excesiva autoconciencia produce una disminución de la felicidad. (Csikszentmihalyi & Figurski, 1982). Esto es coincidente con la popular idea de que concentrarse en conseguir la felicidad suele ser autofrustrante. De acuerdo con este enfoque, uno debería concentrarse en actividades y metas importantes, y entonces la felicidad se produciría sin perseguirla. Estas ideas no han sido todavía rigurosamente formuladas o empíricamente comprobadas, aunque



aparecen frecuentemente en la literatura sobre el tema.

Quizás la formulación más explícita acerca de la relación entre la actividad y el bienestar subjetivo es la **"teoría del flujo"** (Csikszentmihalyi, 1975). Las actividades realizadas por un individuo pueden ser gratificantes, cuando el desafío es equiparable al nivel de habilidad de la persona. Si una actividad es demasiado fácil, surgirá el aburrimiento; si es demasiado difícil producirá ansiedad. Cuando una persona está envuelta en una actividad que le demanda intensa concentración y en la que las habilidades de la persona y la dificultad de la tarea son aproximadamente iguales, se producirá un agradable flujo. Las teorías de la actividad, al contrario que las relativas a las metas, proponen que la felicidad surge de la conducta más que de la consecución de fines. Sin embargo, estas dos ideas no son necesariamente incompatibles y posiblemente podrían ser integradas.

#### 1.4.3.- "Top-Down"/"Bottom-up"

La distinción entre las teorías sobre felicidad bottom-up y top-down es popular en la Psicología moderna. Por ejemplo, algunos filósofos mantenían que la felicidad es simplemente la suma de muchos pequeños placeres (teoría de bottom-up). De acuerdo con esta visión, cuando una persona juzga si su vida es feliz, realiza un cálculo mental sumando los placeres y sufrimientos momentáneos. Una vida feliz, bajo este punto de vista, es solamente una acumulación de momentos felices. En filosofía este punto de vista está relacionado con las visiones atomistas o reduccionistas de Locke (Kozma & Stones, 1980).

En contraposición, la teoría "top-down" asume que existe una propensión global para percibir las cosas de forma positiva, y esta propensión tiene influencia entre las interacciones momentáneas de un individuo y su mundo. En otras palabras, una persona disfruta de placeres, porque es feliz, no al contrario. Desde este punto de vista más Kantiano, la causa va desde la forma de percibir y evaluar los elementos de un

orden superior, hasta los niveles más elementales.

Según la teoría "top-down", son los rasgos de personalidad los que determinan la forma en que las personas reaccionan ante las situaciones. Los filósofos, frecuentemente, han situado el locus de la felicidad en las actitudes, sugiriendo, por tanto, un acercamiento a la teoría "top-down". Por ejemplo, Demócrito mantenía la idea de que *"una vida feliz no depende de la buena fortuna o alguna contingencia externa sino también e incluso mucho más, del temperamento de un hombre... Lo importante no es lo que un hombre tiene, sino como reacciona ante lo que tiene"* (Tatarkiewicz, 1976, pag. 29). Andrews y Withey (1974) informaron que sus datos se aproximaban a la teoría top-down. Sus hallazgos sugieren que la satisfacción con dominios resulta de la satisfacción global con la vida. En la teoría bottom-up, una persona debería desarrollar una disposición optimista, según las experiencias positivas acumuladas en la vida de la persona. Por ejemplo, los hedonistas consideran que una persona puede ser feliz si ha acumulado placeres (teoría bottom-up).

Aunque ambas formulaciones pueden tener parte de razón, el reto sería descubrir cómo top-down o factores internos y bottom-up eventos moleculares, interactúan. Dado que la reacción ante un evento es percibida subjetivamente, algún proceso top-down debe actuar. Sin embargo, parece ser que hay ciertos eventos deseables para mucha gente, y esto sugiere que los principios en los que se basa la teoría bottom-up deben ser, también, útiles. Es necesario comprender cómo cogniciones y factores de personalidad se alteran ante una acumulación de eventos. También es necesario estudiar los procesos por los que una persona adquiere un determinado temperamento o disposición a ser feliz y cómo éste resiste a los cambios externos.

En resumen, existen dos debates, en el área del bienestar subjetivo, en los que se relacionan y distinguen las dos teorías (top-down y bottom-up). El primer debate trata la felicidad desde dos distintas perspectivas: como un estado o un rasgo. Aquellos



que mantienen que hay una disposición al rasgo, sugieren que la felicidad no es una suma de sentimientos felices *per se*, sino una predisposición a reaccionar de manera feliz. La teoría bottom-up o del estado sugiere que una persona feliz es aquella que ha vivido muchos momentos felices. Chekola (1975) sugiere que la felicidad es una colección de momentos felices. Felicidad puede ser definida tanto como un estado como un rasgo. El segundo debate se refiere al papel que juegan los eventos placenteros en producir felicidad (Lewinsohn & MacPhillamy, 1974). Lewinsohn y col. argumentan que una carencia de eventos agradables lleva a la depresión como diría la teoría bottom-up. Sin embargo los críticos sobre esto argumentan que, en ocasiones, la depresión se produce junto a falta del sentimiento de placer en eventos normalmente placenteros (Sweeney, Schaeffer, & Golin, 1982), y esto supone una aproximación a la teoría top-down. En definitiva, son necesarias investigaciones para determinar si (o bajo que condiciones), la pérdida de acontecimientos placenteros causa o es el resultado de la depresión.

#### 1.4.4.- Teorías Asociacionistas

Existen teorías que tratan de explicar por qué algunos individuos tienen un temperamento predispuesto a la felicidad. Muchas de estas teorías, están basadas en principios de memoria, de condicionamiento o principios cognitivos que subyacen a los modelos asociacionistas. Los enfoques cognitivos sobre felicidad están en sus inicios.

Las teorías cognitivas, se basan en las atribuciones que hacen las personas sobre los eventos que les suceden. (Schwarz & Clore, 1983). Podría ser, por ejemplo, que los acontecimientos placenteros conllevaran más felicidad si fuesen atribuidos a factores internos estables. Otra posibilidad sería que los eventos que son percibidos como positivos conducen a la felicidad, prescindiendo de las atribuciones hechas.

Desde un enfoque cognitivo general, se argumenta que la felicidad debe formarse con redes asociativas en la memoria. Bower (1981), mantiene que las

personas llamarán a su memoria aquellos sentimientos congruentes con su estado emocional del momento. Investigaciones en redes de memoria, sugieren que las personas podrían desarrollar una rica red de asociaciones positivas y una limitada y aislada red de asociaciones negativas. En dichas personas, más acontecimientos o ideas desencadenarían ideas o afectos felices. Así, una persona en la que predomine su red de eventos positivos, estaría predispuesta a reaccionar a más acontecimientos de forma positiva.

Esto está relacionado con una evocación clásicamente condicionada del afecto. Hay investigaciones que nos muestran cómo el condicionamiento afectivo puede ser extremadamente resistente a la extinción. De esta forma, las personas felices deberían ser aquellas que han tenido muchas experiencias afectivas positivas, asociadas con un gran número de estímulos reforzantes diarios. Según Zajonc(1980), las relaciones afectivas ocurren independiente y más rápidamente que la evaluación cognitiva de los estímulos, esto es compatible con un enfoque del condicionamiento de la felicidad.

Condicionamiento y redes de memoria, pueden funcionar sin una intervención consciente. Sin embargo, hay evidencia de que una persona puede dirigir las asociaciones afectivas de su propia vida. Fordyce (1977a), dio pruebas de que un intento consciente de reducir los pensamientos negativos puede incrementar la felicidad y Kammann (1982), encontró que recitar frases positivas por las mañanas conduce a un día feliz. Algunos individuos deben haber construido una fuerte red de asociaciones positivas y aprendido a reaccionar habitualmente de forma positiva. Estos individuos son, quizás, aquellos a los que los filósofos se referían como poseedores de un temperamento feliz. Una persona con una forma de vida como Poliana (Matlin & Stang, 1978), es quizás el prototipo de persona que se ha formado asociaciones positivas sobre el mundo, es decir, que ve el lado bueno de las cosas. Varios estudios (Dember & Penwell, 1980; Matlin & Gawron, 1979), encontraron una relación entre felicidad, un sesgo cognitivo hacia asociaciones positivas y altos niveles en personalidad tipo Poliana. En todo caso, lo que es difícil es determinar si las



cogniciones causan el humor o viceversa.

#### 1.4.5.- Teorías del juicio

La autoevaluación de la satisfacción con la vida se basa, probablemente, en comparaciones diversas, consigo mismo, en otras situaciones o momentos y con los demás, que dependen más del estado de ánimo inmediato (McKennell y Andrews, 1980).

Hay varias teorías que postulan que la felicidad resulta de la comparación entre las condiciones actuales y una estándar. Si las condiciones actuales exceden la estándar, resultará la felicidad. En el caso de la satisfacción, tales comparaciones deben ser conscientes. Sin embargo, en el caso del afecto, la comparación con el estándar podrá ser no consciente. Aunque las teorías del juicio no predicen qué eventos serán positivos o negativos, ayudan a predecir la magnitud del afecto que estos eventos producen.

Una forma de abordar las teorías del juicio está basada en el estándar que se utiliza. Según la **teoría la comparación social**, uno utiliza a los demás como estándar. Si una persona vive mejor que otras, esta persona estará satisfecha o feliz (Carp & Carp, 1982; Emmons et al, 1983; Michalos, 1980). Varios estudios han revelado que la diferencia entre el sueldo de uno y el sueldo de los demás, por ejemplo, predice mejor la satisfacción que el salario en sí mismo. Sin embargo, según la **teoría del alcance-frecuencia** (Parducci, 1968, 1982), el pasado de la persona se utiliza como estándar. Si la vida de la persona excede este estándar esta persona probablemente será feliz. Así, preguntar a una persona si es más o menos feliz que en otros momentos o situaciones de la vida será la manera de juzgar su felicidad. Aunque los estándares de referencia varían según las teorías de donde proceden, en todos los casos, los estándares son utilizados para las condiciones del juicio.

¿Con quién escoge la gente compararse? Un estudio sobre trabajadores de Wisconsin reveló que la mayoría comparaba su sueldo con el de los demás, sobre todo con los que hacían el mismo trabajo (Fraser, 1984). Las comparaciones más tentadoras y más visibles, son con los vecinos, los familiares y con quienes han ido al mismo colegio o facultad. Así también se establecen comparaciones de otro modo; los miembros de un grupo suelen compararse con los miembros de grupos rivales o competidores, centrándose en características del propio grupo que puedan ser empleadas para demostrar superioridad y, de este modo, aumentar su autoestima (Turner y Giles, 1981). Quienes se hallan objetivamente en situación desfavorable descubren aspectos en los que son superiores. Los parapléjicos y tetrapléjicos, por ejemplo, creen que el cerebro es más importante que la fuerza muscular y que se desenvuelven bien en las relaciones sociales (Schulz y Decker, 1985). Cabe esperar que este segundo tipo de comparación social, aumente los sentimientos de autoestima, aunque quizá incrementa la distancia entre lo que se logra y lo que se merece, es decir, los sentimientos de falta de equidad.

Muchos experimentos han demostrado que quienes se hallan sometidos a tensiones, o tienen baja autoestima, suelen compararse con otras personas de posición inferior, lo cual mejora su autoestima e incluso su salud mental. Wills (1981), comprobó cómo las comparaciones hacia abajo, es decir, con personas más desafortunadas que uno, pueden incrementar el bienestar subjetivo. Kearl (1981-1982), descubrió que creer que otros viven en peores circunstancias que uno, puede mejorar nuestra satisfacción con la vida. Easterlin (1974) manifestó que el incremento de la satisfacción personal, dependerá del incremento de otros en su sociedad. Emmons y col. (1983) encontraron que la comparación social fue el predictor más fuerte de satisfacción en muchos dominios. Por otra parte, la presencia de personas con más éxito puede ser una fuente de insatisfacción e incomodidad. Respondemos a la desgracia y al fracaso de los demás de modo ambivalente. Aunque pocas veces aceptamos que nos agradan tales situaciones, pueden ser una fuente de satisfacción (Wills, 1981), así, por ejemplo, hay pruebas de que creer que otras personas viven en



malas condiciones anima a los ancianos (Kearl, 1981-1982).

Por otra parte, en un intento reciente para definir la comparación social, Wood (1996) establece que la comparación social simplemente es “*el proceso de pensamiento acerca de la información sobre una o más personas en relación con uno mismo*”(pag. 520). Así se postula que los principales procesos envueltos en la comparación social son : 1. *Adquisición de información social*, 2. *reflexionar sobre dicha información y*, 3. *reaccionar a la comparación social*.

Por otra parte, la información social que uno adquiere puede provenir de individuos cercanos, individuos sobre los que uno lee o incluso individuos imaginarios. El proceso de pensar en dicha información social incluye observar similitudes y diferencias, o ambas cosas, entre uno mismo y los demás. El proceso de reaccionar a la comparación social, puede envolver una variedad de reacciones cognitivas, afectivas o conductuales hacia la información y no necesariamente llevar a percibir un contraste entre los demás y uno mismo.

De acuerdo con la definición de Wood, la elección del objetivo de comparación, es un proceso flexible y no está determinado solamente por la proximidad o accesibilidad. En efecto, la comparación social puede ser utilizada como una estrategia de afrontamiento y puede estar influenciada por la personalidad, por ejemplo, Diener & Fujita, (1997) encontraron que los estudiantes con un expediente bajo reducían la comparación social solamente a las áreas en las que ellos destacaban. Brown y Dutton (1995), afirman que la gente “*se compara con los que piensan que les va a hacer sentir bien y rechazan compararse con aquellos que les pueden hacer sentirse mal*” (pag. 1292). Lyubomirsky y Ross (1997) afirman que las personas felices tienden a utilizar sólo comparaciones hacia abajo mientras que los infelices tienden a compararse tanto hacia abajo como hacia arriba.



El segundo proceso implicado en la definición de Wood (1996), pensar en la información social, exhibe una flexibilidad similar. McFarland y Miller (1994), por ejemplo, encontraron que la personalidad de los individuos determinaba la forma en la que las personas utilizan la información sobre la comparación social. Los no depresivos y optimistas tendían a focalizar en las personas que ejecutaban peor que ellos, mientras que los depresivos y pesimistas focalizaban en los que lo hacían mejor. La tendencia a utilizar comparaciones hacia arriba o hacia abajo puede ser un resultado y no una causa del incremento del bienestar subjetivo. Incluso cuando los sujetos utilizan el mismo objeto de comparación (por ejemplo todos los individuos utilizan comparaciones hacia arriba o todos utilizan comparaciones hacia abajo) no hay garantía de que la utilicen de la misma manera.

Como se ha dicho ; la comparación, también, se emplea referida al propio pasado. Hay evidencias de que quienes crecieron en la pobreza durante la Gran depresión norteamericana, valoran de forma bastante positiva periodos posteriores de su vida (Elder, 1974). En una investigación llevada a cabo por Schwarz y Col. (1984), se llegó a la conclusión de que pensar en un hecho pasado agradable no aumentaba la satisfacción, pero sí lo hacía pensar en un hecho desagradable. Sin embargo, pensar en un hecho pasado agradable, en términos de imágenes detalladas y concretas, sí aumenta la satisfacción. Cuando los hechos agradables se recuerdan de esta manera, proporcionan pruebas de lo bien que se ha vivido (Strack, Schwarz y Gschneidinger, 1985).

Una cuestión relacionada con todas las teorías de juicios es si las comparaciones ocurren solo dentro de los ámbitos de referencia (ej: ingresos), o se generalizan a otros. Dermer y Col. (1979) encontraron que las comparaciones referidas a situaciones concretas, no eran generalizables a otras áreas. En suma, encontraron que aunque tener un estándar negativo saliente permite incrementar la satisfacción, esto también puede llevar a un mayor afecto negativo.

#### 1.4.5.1 Aspiración y logro

Dentro de las Teorías del juicio, destacan las que hacen referencia al nivel de aspiración. Desde dicha perspectiva se postula que la felicidad dependerá de la discrepancia entre las condiciones actuales y las aspiraciones (ej: Carp & Carp, 1982). McGill (1967) y Wilson (1960), están de acuerdo en que la felicidad depende de la diferencia entre los deseos conseguidos y los deseos totales. Así, desde este modelo, la satisfacción es mayor cuando los logros se aproximan a las aspiraciones y disminuye cuando se alejan. Las aspiraciones, a su vez, se basan en las comparaciones con los demás y con la propia experiencia pasada.

La teoría de la distancia entre los objetivos y los logros se ha utilizado en muchas investigaciones. Se ha observado que a una mejora de las condiciones económicas le suele seguir un período de descontento e intranquilidad. Se han propuesto varias hipótesis para explicar este hecho, que postula que la mejora de las condiciones produce unas expectativas que crecen demasiado deprisa para el ritmo real del progreso, lo cual se traduce en un descontento (Taylor, 1982). Así, las aspiraciones elevadas son una amenaza para la felicidad (Diener, 1984) (la terapia de la felicidad a veces implica convencer a la persona de que rebaje sus aspiraciones).

En definitiva, unas aspiraciones demasiado altas son tan amenazantes para la felicidad como malas condiciones de vida. Como decían los antiguos Cirenaicos, nadie puede ser rico cuando desea dinero que no puede obtener. En la misma línea, Julian Marías (1987) opina que es probable que una persona con gran pretensión de felicidad se sienta menos feliz que otra de pretensión muy limitada, aunque su dosis real de felicidad sea superior. El nivel de aspiraciones presumiblemente viene de la experiencia de cada individuo. Easterlin (1974), subrayó las dramáticas diferencias de aspiración de ingresos entre individuos de diferentes países. Gibbs (1973) atribuyó el declive de la felicidad de los negros más afortunados de los Estados Unidos, al aumento de sus aspiraciones. Sin embargo, aunque es evidente la idea de que la discrepancia entre las



condiciones actuales y el nivel de aspiraciones de las personas correlaciona con felicidad, según Emmons, y col., 1983; Gerrard, Reznikoff & Riklan, 1982; Kammann, 1982; y Wilson, 1960, esta correlación, en general, no parece ser demasiado fuerte para defender sus postulados.

#### **1.4.5.2. Teoría de la adaptación**

Si las mismas situaciones o condiciones objetivas pueden ser fuentes de placer o de dolor, dependiendo del nivel previo de adaptación, se deduce que actúa un mecanismo de adaptación por el que, tal vez, las personas se acostumbran a todo. Hay evidencia de que la capacidad de adaptación a los acontecimientos es un importante factor para comprender el bienestar subjetivo (Loewenstein & Frederick, en prensa).

Adaptación a los acontecimientos significa que cuando éstos ocurren, por primera vez, pueden producir felicidad o infelicidad, dependiendo si son buenos o malos. Sin embargo, cuando pasa el tiempo, los acontecimientos pierden su poder de evocar afecto. La teoría de la adaptación está basada en un estándar derivado de la experiencia del propio individuo. Si los acontecimientos actuales son mejores que el estándar, el individuo será feliz. Sin embargo, si los acontecimientos buenos continúan, se producirá una habituación o adaptación a los mismos; los estándares de los individuos irán apareciendo para irse acoplando a los acontecimientos más recientes (Brickman y Campbell, 1971). Por lo tanto, de acuerdo con la teoría de la adaptación, los cambios recientes producen felicidad e infelicidad porque la persona se adaptará al nivel global de los acontecimientos. El estándar de un individuo aumentará o disminuirá hacia cualquier nivel o circunstancia.

Una de las pruebas principales que se mencionan para apoyar esta teoría es que los pacientes tetrapléjicos, con incapacidad en los cuatro miembros, son tan felices como otras personas, una vez que pasa un periodo de adaptación (Brickman y



Campbell, 1971).

Otra prueba aducida para apoyar la teoría de la adaptación es el descubrimiento de que quienes han ganado grandes sumas de dinero en las quinielas o en la lotería, no están más satisfechos que otras personas (Brickman, y col).

En cualquier caso, la adaptación requiere tiempo, y hay un período de elevación o disminución de la satisfacción mientras se produce. Si la satisfacción dependiera del incremento de las gratificaciones, esto explicaría porqué la gente se esfuerza en conseguir más de lo que tiene. Otra forma de aumentar la satisfacción, sería a través de períodos de abstinencia seguidos de otros de satisfacción (Brickman y Campbell, 1971), aunque no está claro que la satisfacción general fuera a ser mayor. Mehnert y col. (1990), descubrieron que los individuos que se habían quedado discapacitados cuando ya eran mayores estaban menos satisfechos con sus vidas que aquellos que sufrieron sus discapacidades en el nacimiento o en edades tempranas. Seguramente que los que llevan mucho más tiempo discapacitados han tenido más tiempo para adaptarse a la situación. Krause y Sternberg (1997), utilizaron un diseño longitudinal con tiempo-secuencial, para estudiar el bienestar de las personas con un corte en la espina dorsal; encontraron que el tiempo desde el accidente fue un predictor positivo de la satisfacción general

La teoría de la adaptación, explica por qué el tiempo parece influir tan poco en la satisfacción. Los días soleados y lluviosos influyen algo en el estado de ánimo y en las valoraciones de la satisfacción vital, pero los climas soleados o lluviosos no determinan diferencia alguna, probablemente porque la gente se acostumbra a ellos.

Es importante admitir, sin embargo, que la idea de que la gente se adapta rápida y completamente a todas las circunstancias no es exactamente cierta. La adaptación a algunos acontecimientos puede ocurrir lentamente. Por ejemplo Stroebe, Stroebe, Abakoumkin, y Schut (1996) encontraron que, incluso después de dos años, las

personas que se habían quedado viudas mostraban altos niveles de depresión, comparado con los no viudos, aunque el nivel de depresión declinó después de este tiempo. Aunque en el estudio de Mehnert y col (1990), citado anteriormente, nos proporciona evidencia de que las personas se adaptan a las discapacidades, también sugiere que no se adaptan completamente, ya que los individuos que sufrían alguna discapacidad eran menos felices que los individuos que no sufrían discapacidad, incluso después de pasar un espacio largo de tiempo.

Otra cuestión relacionada con las teorías de los juicios, trata sobre cuándo cada tipo de comparación es precedente. Por ejemplo, cuándo las comparaciones sociales serán más importantes o cuándo la adaptación será más importante. El trabajo de Emmons y col. (1983) y Dermer y Col (1979) sugiere que la comparación social debe ser importante para muchos juicios de satisfacción. Sin embargo, la propia experiencia debe tener más influencia en el afecto.

#### **1.4.6.- Teoría Biogenética**

"La felicidad se hereda", sostiene Hammer, (1996). Esta teoría sobre felicidad está argumentada por Lykken y Tellegen (1996) que basan sus conclusiones en un estudio longitudinal llevado a cabo con 1.380 gemelos nacidos en Minesota entre 1936 y 1955. Se midió felicidad mediante la Well Being Scale del Multidimensional Personality Questionnaire. La correlación entre los gemelos monocigóticos en bienestar fue de .44, mientras que las puntuaciones en bienestar de los gemelos dicigóticos correlacionó solo un .08. En un estudio anterior, la correlación entre gemelos monocigóticos separados en la infancia fue de .52 y de gemelos fraternos sólo de .02. Estos datos muestran que la herencia explicaría un 40-50% de la varianza de la felicidad, sin embargo, está asociado con la variación genética. Según los estudios retest a 4,5 y 10 años de intervalo, Lykken y Tellegen estimaron que la "heritabilidad" de un componente estable del bienestar subjetivo se aproxima al 80%.



Según Diener y col. (en prensa), si nos basamos en esta cifra, .80 de heritabilidad estimada, podría decirse que es tan difícil cambiar la felicidad de uno como su altura. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la heritabilidad que estos autores estimaban en .80 es para una parte del afecto estable en un periodo de más de 10 años, pero la parte estable del bienestar subjetivo explicaba sólo un pequeño porcentaje de la varianza del bienestar subjetivo en dicho periodo. De esta forma, basándonos en dichos datos, podríamos llegar a la conclusión opuesta, y decidir que la heritabilidad tiene una modesta influencia en la felicidad en un momento determinado de la vida de una persona. Uno puede concentrarse en la felicidad en un periodo específico de la vida y concluir que la heritabilidad tiene una influencia relativamente pequeña, o uno puede concentrarse sólo en la media de la felicidad de una persona a lo largo de una década y concluir que la heritabilidad tiene una influencia muy sustancial.

Naturalmente, la porción de felicidad, que es constante en un periodo de más de 10 años, es mucho más probable que haya sido influenciada por un factor estable como la genética, y es menos probable que haya sido influenciada por una serie de acontecimientos que hayan podido afectar a su bienestar. También hay que tener en cuenta que incluso la heritabilidad a largo plazo está basada en el ambiente en el que vivían los mellizos utilizados en este estudio, no es recomendable incluir los ambientes más extremos que puedan influenciar en el bienestar subjetivo. El estudio nos habla sobre heritabilidad a largo plazo del bienestar subjetivo junto a una muestra de sujetos de la sociedad occidental, pero no nos habla sobre los tipos de influencias ambientales que puedan ocurrir. Otra crítica es que otros investigadores no han encontrado tan alta heritabilidad del bienestar subjetivo. McGue y Christensen (1997) encontraron una heritabilidad estimada del afecto de .27 entre gemelos mayores daneses. Gatz, Pedersen, Plomin, y Nesselroade (1992) estudiaron personas mayores y encontraron una modesta relación de heritabilidad con depresión total pero la relación fue mínima para humor y bienestar.

Por otra parte, Fernández-Ballesteros (1997) hizo una crítica sobre las tesis de



Hamer, argumentando, sobre todo, varios fallos metodológicos, referidos a la utilización de la medida de emocionalidad positiva, así como el no haber tomado en consideración ni el grado de similitud de ambientes ni la varianza de la interacción genética x ambiente, en los trabajos con gemelos mono y dicigóticos.

Otro factor a tener en cuenta sería que los efectos genéticos en bienestar subjetivo no son directos. Por ejemplo, Plomin, Lichtenstein, Pedersen, McClearn, y Nesselroade (1990) encontraron que los genes ejercen influencia en los eventos vitales. En otras palabras, hay factores genéticos que influyen en la conducta que incrementa la probabilidad de que ciertos acontecimientos vitales se produzcan. De este modo, la heritabilidad no se debe simplemente a influencias genéticas en la predisposición emocional.

En resumen, parece que hay algo de influencia genética en el bienestar subjetivo, aunque las estimaciones para el peso de dicha influencia varían ampliamente. Es aconsejable que los factores genéticos sean entendidos en el contexto de la vida de cada individuo, aunque, probablemente, los coeficientes de heritabilidad para el bienestar subjetivo estén influenciados por el entorno y también por el componente particular de bienestar subjetivo que esté siendo considerado.

## **CAPÍTULO 2**

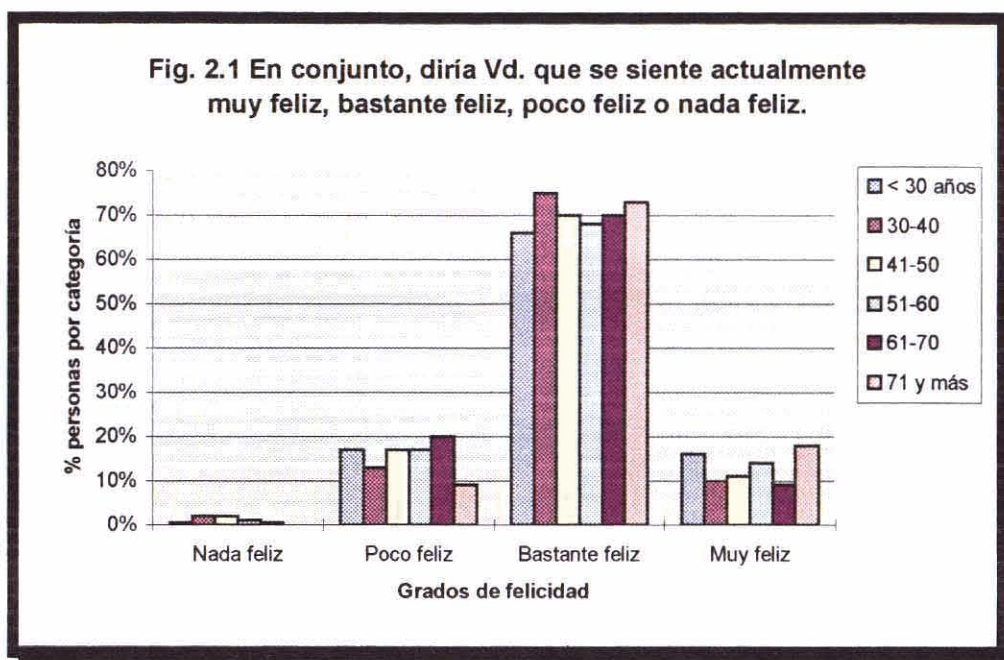
### **EL BIENESTAR SUBJETIVO DE LOS MAYORES**

## 2.- EL BIENESTAR SUBJETIVO DE LOS MAYORES

Según la revisión de Wilson, (1967), analizada en el capítulo 1, la juventud es un predictor consistente de la felicidad. Sin embargo, investigaciones más recientes ponen en tela de juicio esta afirmación. Aunque, a veces se produce un pequeño declive en la satisfacción con la vida en las personas mayores, dicha disminución se elimina cuando otras variables como ingresos o estatus se controlan (Doyle & Forehand, 1984 ; Shmotkin, 1990). Muchos estudios coinciden en mostrar como la satisfacción con la vida no disminuye con la edad, sino que, en algunos casos aumenta (Herzog & Rodgers, 1981 ; Horley & Lavery, 1995 ; Larson, 1978). Muchos investigadores coinciden en la idea de Campbell de que *“la imagen literaria de la persona mayor cascarrabias , insatisfecha con todo, no es una imagen muy realista de los mayores”* (pag. 203).

Las diferencias encontradas en los distintos medidores de felicidad, ahora, y cuando Wilson hizo su revisión, pueden deberse a que ahora las personas mayores son más saludables y están comprometidas con más actividades que las generaciones que las precedieron. Algunos estudios (Palmore & Luikart, 1972; Edwards & Klemmack, 1973) añaden más a la controvertida relación entre la edad y la satisfacción con la vida, sugiriendo que estos dos factores no están relacionados. En esta misma línea Fernández-Ballesteros (1996), basándose en datos obtenidos por CIRES (ver fig. 2.1), en los que se analizó el grado de felicidad en función de distintos grupos de edad (- 30 años, 31-41 años, 41-50 años, 51-60 años, 61-70 años y 71 y más años), y, tras realizar análisis correlacionales y de regresión, pudo comprobar que la felicidad no estaba relacionada con la edad. Este hallazgo ha sido repetidamente puesto de relieve en los sucesivos estudios en los que el informe sobre felicidad se ha puesto en relación con otras variables sociodemográficas (ver, por ej, Díez Nicolás, 1996).





*Fuente : Fernández-Ballesteros, 1996*

Por otra parte, en una investigación llevada a cabo recientemente por Rubio y col (1997) para estudiar cómo dentro del grupo de personas mayores funcionaba la satisfacción, dividió a las personas mayores en 5 grupos de edad (65-69, 70-74, 75-79 y 80-84 y 85 o +) y llegó a la conclusión de que existe una relación directa entre la edad y la puntuación alcanzada en el factor “insatisfacción”, siendo los sujetos de más de 85 años los que presentaron la puntuación más alta en este factor (lo que supone mayor insatisfacción), mientras que los sujetos de 65 a 74 años fueron los que mayor satisfacción mostraron, lo cual nos lleva a concluir que a medida que aumentan con la edad los problemas de validez y déficit de autonomía, disminuye la satisfacción con la vida.

Estudios realizados con muestras representativas de muchos países diferentes, también llegaron a la conclusión de que la satisfacción con la vida no declina con la edad (Butt & Beiser, 1987 ; Inglehart, 1990 ; Veenhoven, 1984). Diener y Suh (en

prensa) recientemente examinaron la relación entre bienestar subjetivo y edad en una investigación llevada a cabo con sesenta mil individuos de cuarenta naciones diferentes. Midieron los tres componentes del bienestar (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo). Sólo el afecto positivo tendía a declinar con la edad. La satisfacción con la vida mostraba una tendencia a aumentar ligeramente desde los 20 a los 80 años y el afecto negativo exhibió pequeños cambios en las distintas cohortes de edad. Esto explicaría los datos obtenidos por los investigadores cuando utilizaban el balance de los afectos como medidor del bienestar subjetivo de los mayores (afecto positivo menos afecto negativo). El descenso en afecto negativo hacía disminuir la puntuación en el balance (Shmotkin, 1990). Okma y Veenhoven (1996), encontraron que la satisfacción con la vida no disminuía a través del ciclo vital pero si encontraron una pequeña disminución en el estado de ánimo. Una limitación de estos estudios sería que los investigadores evaluaron emociones positivas muy extremas como “*me siento en la cima del mundo*” y “*vigoroso*”. Posiblemente no se hubieran encontrado puntuaciones tan bajas en las personas mayores en emociones positivas si se hubieran utilizado otros ítems como “*contento*” y “*afecto*”.

Por otra parte, no se necesita investigación alguna para demostrar que los niños ríen y lloran mucho, y las investigaciones sobre el envejecimiento demuestran que los mayores presentan una emocionalidad o activación psicofisiológica plana”. Teniendo todo esto en cuenta, las personas mayores están más satisfechas, pero experimentan con menor frecuencia e intensidad los sentimientos, tanto positivos como negativos.(Argyle, 1987 ).

Los estudios transversales, como los descritos anteriormente, tienen el problema de atribuir efectos a la edad que se deben a la cohorte ; por esta razón, los estudios longitudinales son preferibles cuando se trata de dilucidar si la edad causa cambios en el bienestar psicológico. Costa, Zonderman, McCrae, Cornoni-Huntley, Locke, y Barbano (1987) encontraron que las diferencias obtenidas en afecto positivo y



edad, en un estudio transversal, no se replicaron en un estudio longitudinal de 10 años de seguimiento.

## 2.1.- ESTABILIDAD DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA A TRAVÉS DEL CICLO VITAL

Es frecuente anhelar lo que parece producir la felicidad. Pensamos que si fuéramos más ricos, más atractivos, más sanos físicamente, nos sentiríamos absolutamente dichosos. No obstante, si en realidad la salud, el bienestar y la belleza son las claves de la felicidad, ¿por qué el grupo con una mayor deficiencia en estos atributos, los individuos de edad avanzada, aparentemente no parecen menos dichosos que los adultos más jóvenes? ¿Por qué las ventajas objetivas, desde la posición socioeconómica hasta el contacto con la familia, e incluso la salud, no se correlacionan de forma destacada con el estado de ánimo de los individuos de edad avanzada? Así la frase de Belsky (pag.219) sería atinada : *Si lo que tenemos no produce felicidad, la verdad podría ser que la felicidad reside en nosotros mismos.*

Costa y col. (Costa y McCrae, 1984 ; Costa, Zonderman, McCrae, Cornoni-Huntley, Locke y Barabano, 1987) llevaron a cabo una investigación longitudinal para estudiar la estabilidad de la personalidad. Para ello, estudiaron tres rasgos de personalidad que son amplias tendencias que los investigadores consideran (según técnicas analíticas factoriales) la base de la mayoría de los aspectos más limitados de la personalidad medidos en las pruebas estandar :

**Neuroticismo** : es una tendencia general hacia una mala adaptación

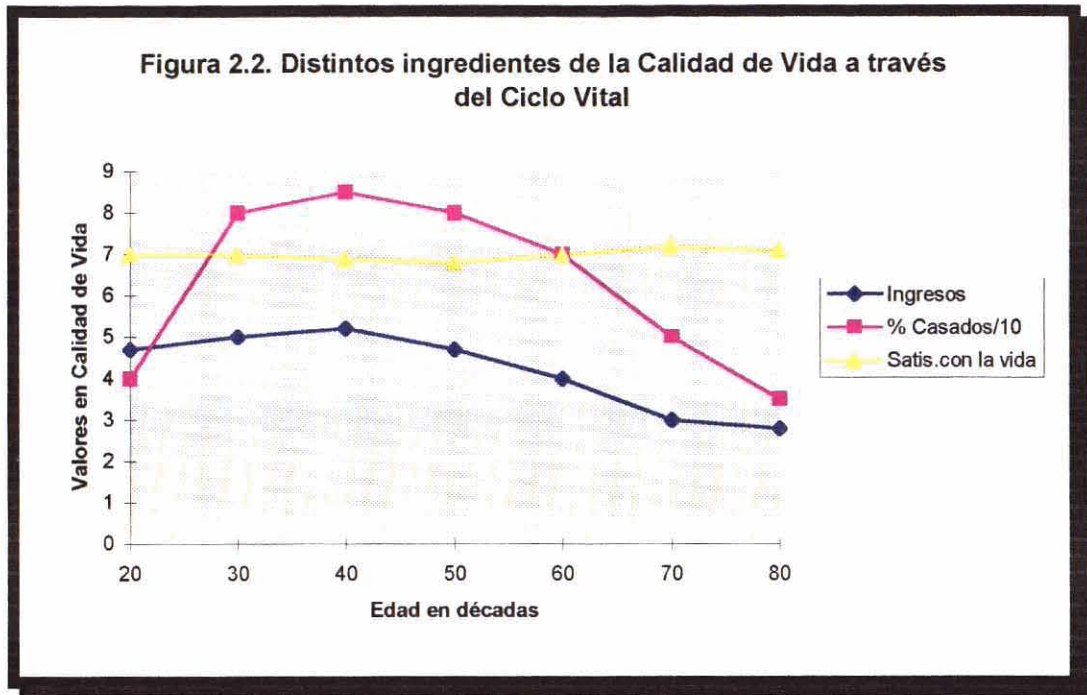
**Extraversión** : refleja franqueza interpersonal.

**Apertura a la experiencia** : se relaciona con los deseos de correr riesgos, de buscar nuevas experiencias o de intentar empresas nuevas.



Comprobaron que ninguno de estos tres rasgos variaba con la edad. Concluyendo que la personalidad permanece notoriamente estable durante la vida adulta. Estos autores opinan que la felicidad es un aspecto perdurable de nuestra personalidad, que es una cualidad relativamente inmune a las vicisitudes de la vida. Los individuos jóvenes felices tienden a ser dichosos y a sentirse realizados en la vejez. El individuo que se convierte en un anciano miserable, el estereotipado maniático, probablemente era una persona neurótica e insatisfecha en su juventud. Pero no hay que sacar conclusiones radicales, el propio Costa destaca que su investigación simplemente muestra que no cambiamos de una forma *predecible o sistemática* a medida que transcurren los años. Esto no implica que no cambiemos nada en absoluto. Y aunque sus investigaciones longitudinales sugieren que podemos comprobar muchas características del futuro anciano de 70 años en el joven de 25, esto no sucede en todos los casos. Existen individuos que cambian mucho a medida que cambian los años. Además, Costa advierte que sus hallazgos sólo se aplican a estos amplios rasgos y no a otros aspectos de la personalidad, como la forma que tenemos de afrontar los acontecimientos adversos.

Por otra parte, en un estudio longitudinal, llevado a cabo por Richart, Reig y Cabrero (1999), con una muestra de 97 personas (media de edad de 68,9 años) en el primer momento de la medición, y 62 personas (media de edad de 71,84 años) en el segundo momento, pudieron comprobar cómo las puntuaciones en satisfacción con la vida, mostraron una gran estabilidad, ( $r_s=.61$ ;  $p<.001$ ) con tres años de intervalo entre las medidas. Asimismo, comprobaron cómo la puntuación media obtenida en el índice de satisfacción con la vida (Bigot, 1974) por los sujetos al principio y al final de la investigación fue muy similar, 8.49 y 8.66 (rango de 0 a 16), no habiendo diferencias significativas entre ambos momentos.



Fuente : Diener y Suh en prensa

La estabilidad de la satisfacción con la vida en las personas mayores sugiere una habilidad de las mismas a adaptarse a las situaciones. La figura 2.2 muestra los niveles medios de satisfacción con la vida a través del ciclo vital en 40 naciones (Diener & Suh, en prensa), así como las disminuciones que se producen en ingresos económicos y en matrimonio, a través de las distintas cohortes, en las edades más avanzadas. La satisfacción con la vida es estable a través de los grupos de edad. No siendo así las variables objetivas como ingresos y matrimonio. Hay investigadores que sugieren que esto demuestra que las personas reajustan sus metas a su edad (Rapkin & Fischer, 1992). Ryff (1991), encontró que las personas mayores, comparadas con las jóvenes, tenían un ajuste entre sus ideales y sus autopercepciones actuales. Brandtsadter y Renner (1990) manifestaron que las adversidades de la vida pueden ser superadas bien por cambios enérgicos de circunstancias de la vida a preferencias personales (enfrentamiento asimilativo) o



ajuste de las preferencias personales y metas a las situaciones (afrontamiento acomodativo). Aunque ambos tipos de estrategias correlacionaron positivamente con satisfacción con la vida, encontraron un aumento gradual del afrontamiento asimilativo al acomodativo con el incremento de la edad. Estas afirmaciones son consistentes con las conclusiones de Campbell, Converse y Rodgers (1976), de que en las personas mayores se da una menor discrepancia entre las aspiraciones y los logros, hay mayor ajuste a la situación. (véase tabla 2.1).

**Tabla 2.1**  
**Aspiraciones frente a realidad en función de la edad**

	18-24	25-36	35-44	45-54	55-64	65-74	75-90
Vivienda : Aspiración menos realidad	23,7	23,6	14,5	12,7	7,4	8,8	4,2
Vivienda : Expectativa menos realidad	12,4	17,8	8,1	4,1	0,7	0,2	0,7
Vecindario : Aspiración menos realidad	18	19,8	11	12	8,1	1	8,6
Vecindario : Expectativa menos realidad	10,1	11,7	5,3	3,4	0,9	-2,7	1,2

*Fuente : Campbell, Converse y Rodgers, 1976*

Los patrones que muestran las cifras se deben, por una parte, a la disminución de las aspiraciones y, por otra, al incremento de los logros, de modo que ambos coinciden en la vejez, en tanto que los logros de los muy jóvenes son escasos y la esperanza y el optimismo ante el futuro, desmedidos. Se produce asimismo un proceso de acomodación a las cosas como son.

## **2.2.-PREDICTORES DE FELICIDAD EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA**

Los estudios sobre calidad de vida en las personas mayores, revelan que los componentes más importantes son la salud, las habilidades funcionales, los ingresos y los contactos sociales. Fernández-Ballesteros y Maciá, (1993).



Por otra parte también se postula que las personas mayores son más religiosas, y, por tanto, existe una relación muy importante entre religión y bienestar en los ancianos. En una investigación muy reciente llevada a cabo por Levin y Chatters (1998), se realizó un análisis estructural LISREL para estudiar la influencia de la religión en el bienestar psicológico, concluyendo que la religión ejerce un efecto directo en el bienestar psicológico de los mayores e indirecto a través del estado de salud de los mismos.

El miedo a envejecer aumenta con la edad y se halla muy relacionado con un nivel bajo de bienestar subjetivo (Klemmack y Roff, 1984). Este miedo lo es, en parte, a la disminución de la salud y el atractivo físico, a la soledad y a la muerte, aunque esto último se compensa con las creencias religiosas (Argyle y Beit-Hallahmi, 1975). Sin embargo, los estudios sobre el efecto de la edad en la satisfacción no son muy concluyentes.

A pesar de que muchos autores sostienen la falta de relación entre estatus y felicidad, Edwards y Klemmack's (1973), informaron que la relación entre edad y satisfacción con la vida desaparecía cuando se controlaba el estatus socioeconómico. En efecto, varios estudios han identificado que el estatus socioeconómico es un factor crítico en la predicción de la satisfacción con la vida (Kutner y col., 1956). Por otra parte, y, como ya se ha comentado anteriormente, en el capítulo 1, parece ser que existe una relación entre ingresos y felicidad hasta el punto de tener las necesidades cubiertas. A partir de esta situación económica, desaparece dicha relación (Avia y Vázquez, 1998).

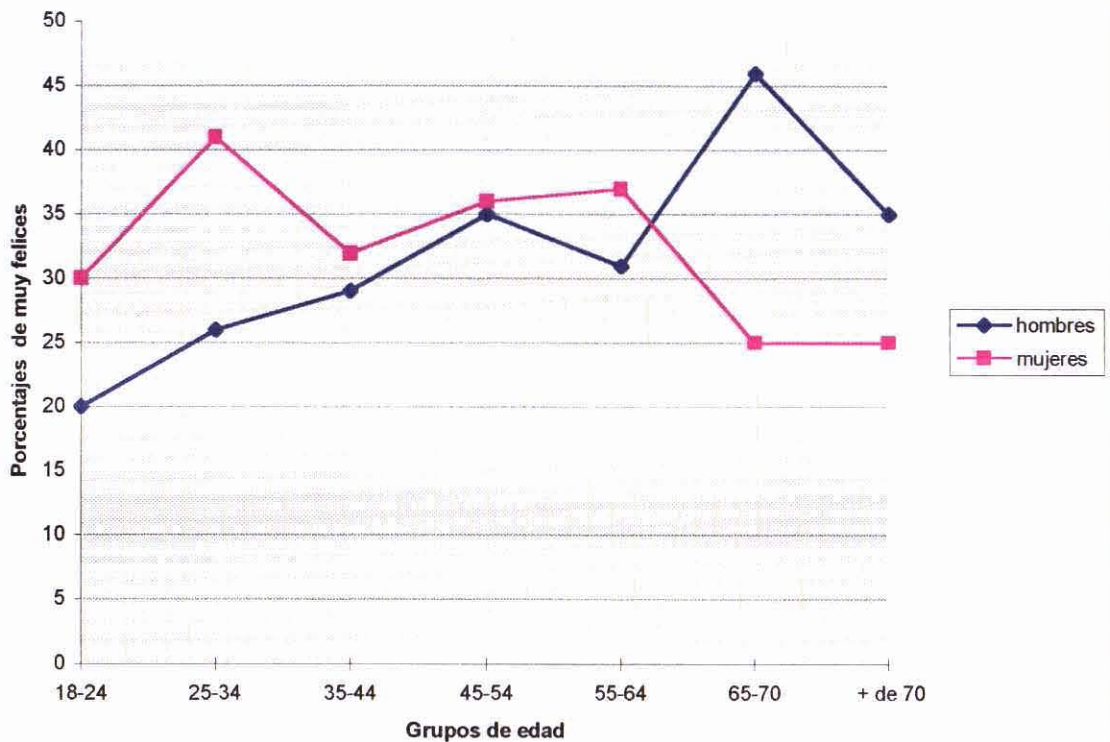
Por lo que se refiere al estado civil y a la jubilación, algunos estudios sugieren que los cambios en el estado civil y los referidos a la jubilación están asociados con bajos niveles de bienestar. Igual que sucede con la población

general, las personas mayores que están casadas, o nunca lo han estado tienen niveles más altos de bienestar que las separadas, divorciadas o viudas (Wan & Livieratos, 1978; Kutner y col., 1956; Pihlblad & Adams, 1972; Neugarten, Havighust & Tobin, 1961). Lopata, en su estudio sobre viudos llevado a cabo en Chicago explicaba la disminución de la satisfacción con la vida de las mujeres, las cuales argumentaban que la viudedad privaba a la mujer de compañía y consecuentemente disminuía su autoconcepto por el grado en que su identidad estaba basada en las metas y deseos que tenía su marido. Los hallazgos relativos a la relación entre estatus marital y bienestar psicológico también indican, claramente, que los niveles altos de bienestar están asociados con estar casado (Campbell, Converse & Rodgers, 1976). Gurin, Veroff, y Feld (1960) explicaron esta relación argumentando que las personas que viven solas presentan, en general, más problemas psicológicos que las que viven acompañadas.

La mayoría de estudios sobre diferencias de género en cuanto a satisfacción con la vida, (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961; Palmore & Luikart, 1972) utilizando escalas de un sólo ítem, han llegado a la conclusión de que los hombres y mujeres mayores no difieren en cuanto a la satisfacción que tienen sobre sus vidas. Sin embargo, Spreitzer y Snyder (1974), utilizando análisis longitudinales, descubrieron que la satisfacción de los hombres aumentaba a partir de los 65 años, mientras que la de las mujeres disminuía. Las mujeres sienten con mayor intensidad, tanto las emociones positivas como las negativas. La influencia del sexo en la satisfacción difiere según la edad que se analice. Las mujeres menores de 45 años, y aún más las menores de 30, son más felices que los hombres de dichas edades, sobre todo si no tienen hijos. Pero, si analizamos edades superiores a los 55 años, esta relación se invierte (véase figura 2.3).



Fig. 2.3 Diferencias de género en la felicidad a distintas edades



Fuente : Spreitzer y Snyder, 1974

Datos similares se han encontrado, recientemente, en una investigación sobre diferencias en la calidad de vida entre hombres y mujeres mayores (Rubio y col; 1997), en la que se pudo apreciar cómo son las mujeres las que presentan unos niveles de “insatisfacción” mayores que los hombres. Posiblemente porque al analizar el indicador “calidad de vida autopercibida”, el envejecimiento es percibido en la mujer como más negativo, debiéndose este hecho a una serie de fenómenos que se dan frecuentemente en la vejez, y que aunque no tienen una relación lineal con el envejecimiento, están vinculados al mismo a través de terceras variables que aglutinarían una serie de acontecimientos que afectan a la satisfacción y ajuste personal, como lo son los problemas de viudedad con sus consecuencias afectivas,



económicas, de nuevos ajustes sociales, etc. Aspectos todos ellos, que en el fondo facilitan o impiden determinados estilos de vida, determinados niveles de expectativas y disfrute de la vida. Por tanto, los hombres de las cohortes analizadas tienen una mejor percepción de su “Calidad de Vida” que las mujeres. Generalmente la mujer mayor tiende a ser evaluada más negativamente que el hombre en términos de “apariencia física”, de “independencia económica”, de “niveles de dependencia”, etc., (Fernández-Ballesteros, 1991) aquí habría que tener en cuenta que las mujeres viven más años que los hombres, lo que evidentemente hace que el detrimento cognoscitivo y la dependencia debido a la enfermedad, sean visiblemente mayores en las mujeres que en los hombres. Por otra parte, estos autores piensan que, aunque entre los sujetos de edades avanzadas existan una serie de eventos con un impacto diferente en función del sexo (viudedad, problemas económicos, etc), en última instancia, lo decisivo es como el sujeto interpreta esos eventos y el significado y valor que le atribuye a los mismos.

Campbell y col. (1976), analizaron la satisfacción de los sujetos en nueve áreas, tales como las actividades de ocio, la vecindad, la comunidad y la vida en Estados Unidos, etc, y vieron como dicha satisfacción aumentaba uniformemente con la edad desde los veinte hasta los sesenta años, para posteriormente ir disminuyendo. La satisfacción con la familia aumenta en los cincuenta y permanece invariable en las edades posteriores; la satisfacción en el matrimonio empieza a aumentar a los cincuenta años y se mantiene según una curva ascendente. Solamente la satisfacción con respecto a la salud es alta en los años tempranos y disminuye uniformemente y en gran manera con la edad. Parece, que las personas mayores en general, y especialmente aquellas que tienen menos de setenta y cinco años, no están particularmente insatisfechas con la mayoría de sus competencias en la vida. No están faltos de amigos, ni tienen relaciones familiares pobres, ni sueldos inadecuados, ni problemas que encuentren especialmente dolorosos, ni problemas de vivienda, sino que, aparentemente, otros factores, incluyendo la salud y -quizá-

la expectativa de un futuro “breve”, la incoherencia, las pérdidas en las capacidades funcionales, etc., producen su desdicha.

## **2. 3.- PATRONES DE VEJEZ SATISFACTORIA**

En los últimos años se ha trabajado desde modelos de vejez competente (Baltes y Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 1986, 1998) o vejez con éxito, distinguiéndose entre una vejez patológica, normal y con éxito. En estas tres formas de envejecer parece que es importante la satisfacción o la felicidad.

Respecto a la cuestión relativa a “la mejor forma de envejecer”, la más lograda y que le proporciona al hombre el máximo de satisfacción, hay dos teorías básicas que se contraponen : teoría de la actividad y teoría de la desvinculación.

### **2.3.1.- Teoría de la actividad**

La teoría de la actividad (Havighurst, 1963) postula que sólo es feliz y se siente satisfecha la persona que es activa, que produce algún rendimiento y que es “útil” a otras personas; en cambio, aquella que ya no es “útil” que ya no desempeña “función” alguna en la sociedad, se muestra desgraciada y descontenta. Las personas mayores para estar satisfechas con sus vidas, tienen que pensar que son necesarias a los demás, que la sociedad todavía las necesita.

La tercera edad es un período en el que tanto las personas mayores como la sociedad experimentan una separación mutua. Se produce una pérdida de rol al llegar la jubilación y también al disolverse la familia. Pérdida de rol significa “pérdida de función”, lo cual supone, a su vez, una limitación del radio del comportamiento y una creciente inactividad, que cubre de achaques la vejez. (Lehr, 1988)



La teoría de la actividad asume que la forma en que pensamos sobre nosotros mismos está relacionada con los roles o actividades en los cuales estamos inmersos (Moody 1994). La teoría de la actividad también reconoce que muchas personas mayores continúan con actividades establecidas cuando eran más jóvenes porque continúan teniendo necesidades semejantes.

El ideal de la teoría de la actividad es anticipar la meta de envejecer con éxito, la cual envuelve un continuo funcionamiento óptimo en una variedad de medidas (Rowe y Kahn, 1987). De acuerdo con esta visión optimista de la vejez, el declive tanto cognitivo como físico puede ser contrarrestado por ejercicio vigoroso y compromisos. “Úsalo o pierdelo”

Muchas investigaciones apoyan algunos aspectos de la teoría de la actividad. Tales como ejercicio continuo, ajuste social, y actividades productivas, todos ellos parecen contribuir a la salud mental y a la satisfacción con la vida. Otras investigaciones sugieren que la actividad informal, o incluso, simplemente, la integración social percibida, son más importantes a la hora de alcanzar el bienestar subjetivo. En otras palabras, nuestras actitudes y expectativas acerca de la actividad deben ser más importantes que nuestros patrones formales de participación (Longino y Kart, 1982). La “actividad” depende de cómo nosotros vemos las cosas. Si las limitaciones de la edad hacen que sea imposible continuar con la participación actual, la teoría de la actividad sugiere que las personas buscarán sustitutos para las actividades que no se continuarán (Atchley, 1985).

A pesar de todo esto, la teoría de la actividad tiene problemas que merecen ser considerados. Por un lado, la actividad debe tener una aproximación más factible para los jóvenes-mayores que para los mayores-mayores. Similarmente, el



ideal de vejez activa parece en muchos aspectos una prolongación de la edad mediana más que algo especial o distintivo del último estadio de la vida.

### 2.3.2.- Teoría de la desvinculación

El tener responsabilidades y el estar absorbido por actividades, es, a menudo, visto como un criterio de vida satisfactoria (Entusiasmo vs apatía), pero el hecho no es tan claro cuando se trata de juzgar una vejez con éxito. *“Las personas mayores llegan a preocuparse más por el mundo interior que por los sucesos que ocurren en el ambiente externo... Del mismo modo, están menos dispuestas a anejar amplios espectros de estímulos o complicadas situaciones intelectuales”* (Neugarten, 1972, pag 10).

Al mismo tiempo que el individuo se va separando de la sociedad, la sociedad tiende a separarse del individuo. Este proceso de mutua separación en los últimos años de la vida, se ha definido con el término de desvinculación; sus resultados son unos roles sociales reducidos, lo mismo que las relaciones sociales y sentimientos de falta de sentido en la vejez (Cumming y Henry, 1961).

Se han descrito dos tipos de desvinculación: 1) desvinculación social, referida a la reducción en el número y la duración de las interacciones sociales, y 2) desvinculación psicológica, referida a la reducción de los propios compromisos emocionales y a la reducción de las relaciones con lo que está sucediendo en el mundo en general (Neugarten Havighurst, y Tobin, 1968). Aunque ambas formas de desvinculación están relacionadas, no son idénticas. Algunas personas tienen una gran interacción social, pero muy poca intimidad en dichas interacciones. Otros tienen muy pocos contactos pero pueden mantener un fuerte compromiso en estos pocos contactos.

La teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961), postula que la persona de edad avanzada desea precisamente ciertas formas de “aislamiento social”, de reducción de contactos sociales, y que al lograrlo se siente feliz y satisfecha. A la teoría de la actividad se le achacaba el que se orientara exclusivamente hacia la edad media de la vida, pues afirmaba que el ser activos con otras personas es lo que da precisamente sentido a la vida en esta etapa de la vida. Hay que rechazar, como imagen rectora, la persistencia de la actividad en la senectud, ya que dicha idea es compatible difícilmente con el ocaso de la vida.

Cumming y Henry dudan que el “ejercer una función”, el “ser útil”, contribuya a la satisfacción del anciano. Algunos autores se basan en el análisis del proceso de envejecimiento de los pueblos primitivos de Simmons (1945) para decir que el deseo por parte de los viejos de “ser utilizados” y de “ser útiles” sólo correspondería a una necesidad de seguridad y al temor de verse, en caso contrario, rechazados, indefensos y desamparados. Si a la vejez se le garantizara seguridad, ayuda y suficientes servicios, lo determinante sería el deseo de desvinculación, pues entonces surgiría en los ancianos, que se han desprendido de los contactos sociales, un mayor bienestar, en comparación con aquellos otros que permanecen aún firmemente ligados a la estructura social.

La teoría de la desvinculación sostiene que una importante premisa para una “vejez plena y satisfactoria” consiste en que la sociedad se muestre dispuesta a librar a los ancianos de sus roles sociales y de sus obligaciones, y que, al mismo tiempo, éstos deseen retirarse de la actividad social. Es lo que afirma Damianopoulos en el libro de Cumming y Henry: *“Cuando la disposición del individuo a desvincularse coincide casi exactamente con la disposición de la sociedad para liberarle de sus principales cometidos, se da el caso ideal de una desvinculación simultánea”*. Así Fernández-Ballesteros (1992) pone de relieve que



un 77 % de españoles (muestra representativa de 18 años y más), considera positivo que se jubile a las personas antes de los 65 años.

Por lo contrario, cuando la sociedad y el individuo se muestran remisos en admitir el proceso de alejamiento, ello dificulta enormemente la adaptación al proceso de envejecimiento, ya que una elevada actividad social en la vejez se correlacionaría con una profunda insatisfacción, y, sin embargo, una actividad social más reducida coincidiría con un grado más alto de bienestar interior.

De acuerdo con Elaine Cumming y William Henry (1961) en la edad avanzada se produce un proceso gradual de desconexión. La gente automáticamente se distancia de la sociedad, se retrae del mundo. Pero Cumming y Henry propusieron que la desconexión en la postrimería de la vida, lejos de ser un signo de patología, es universal, normal y natural. De hecho, es la forma de envejecer satisfactoriamente.

Para comprobar estas dos teorías se realizaron varias investigaciones :

En un estudio con 250 ancianos (Maddox, 1963) se llegó a la conclusión de que su satisfacción estaba directamente relacionada con su nivel de actividad. Más aún, la actividad que se había aumentado a través de los años era predictiva de una mayor satisfacción, y una actividad aminorada era predictiva de una satisfacción disminuida.

Maddox (1963, 1965, 1966) y Eisdorfer (1963) se han ocupado detenidamente de la teoría de la desvinculación y han demostrado, a partir del material empírico, que un proceso de desvinculación es tan sólo una ficción de las investigaciones transversales. Maddox critica, con razón, el que se interpreten, en este sentido, fenómenos tales como el grado de actividad de roles, como el proceso



y modificación por envejecimiento, a la vista de los datos obtenidos mediante la comparación de los diversos niveles de edad. El propio Maddox ha analizado, en la relación entre actividad y estado de ánimo, los datos procedentes de 3 etapas de investigación con 182 personas que se hallaban incluidas en el estudio longitudinal de Duke (Palmore, 1970). En un 11-15% de los sujetos estudiados se encontró una correlación entre la escasa actividad social y el estado positivo de ánimo; en un 15%, una correlación entre la elevada actividad social y el estado negativo de ánimo; en un 45% se encontraron una elevada actividad y un estado positivo de ánimo; y en un 26%, una actividad reducida y un estado negativo de ánimo. Así, pues, el 26-30% de los sujetos se comportaron de acuerdo con la teoría de la desvinculación, mientras que el 70-74% reaccionaron con arreglo a la teoría de la actividad.

Otros estudios Tallmer y Kutner (1970) favorecen, al igual que los resultados de las investigaciones alemanas que hablan en idéntica dirección, un cambio o incluso una revisión de los postulados de la teoría de la desvinculación en la vejez. Según estos resultados, queda firmemente establecido que una modificación de los contactos sociales, en el sentido de una disminución de los mismos, coincide casi siempre con vivencias negativas, al paso que una ampliación de los contactos sociales supone algo positivo, incluso en la vejez. De todas maneras, la mayoría de los estudios empíricos referentes a este círculo de problemas ponen en duda la disminución fundamental de los contactos sociales. Los resultados de las investigaciones internacionales han llegado a la siguiente conclusión: los ancianos aislados representan un grupo muy pequeño en todos los países europeos, cosa que en modo alguno ha de tomarse como algo “típico” de la vejez en general. Sin embargo esta afirmación debe verse matizada, en países como Suecia, un 40% de personas mayores de 65 años viven solas mientras que en España, están en esta condición tan solo un 18% (Schroots, Fernández-Ballesteros y Rudinger, 1998).

### 2.3.3.- Adaptación satisfactoria a la vejez

Cada vez es mas obvio que ni la teoría sobre la desvinculación ni la teoría sobre la actividad son suficientes para definir la acomodación satisfactoria a la vejez.

La clave del envejecimiento con éxito, competente o satisfactorio, radica ineludiblemente en la “capacidad de adaptación “ de la persona de edad avanzada a los cambios físicos que se van produciendo y a los agentes externos estresantes (factores psicosociales) que se presentan. Pero no todas las personas se adaptan a dichos cambios de la misma forma.

Siguiendo un acercamiento diferente al de la teoría de la actividad y de la desvinculación, Bühler (1961) describe cuatro patrones de acomodación, dos satisfactorios y dos mucho menos satisfactorios. Las personas mayores pueden:

1) Desear descansar y relajarse, ya que han completado el tiempo de trabajo que les correspondía; 2) Desear y permanecer activas; 3) Encontrarse sin fuerzas, capacidades o determinación para continuar el trabajo ( aunque no estén muy satisfechas con sus realizaciones), pero sentirse forzadas a aceptar sus limitaciones y a resignarse, a menudo insatisfactoriamente, o 4) Sentirse frustradas y culpables de haber llevado el tipo de vida que ahora encuentran sin sentido.

A estos cuatro patrones Kalish (1983) añadió otro: 5) Las personas pueden, independientemente del grado de satisfacción previa que hayan experimentado, encontrar en sus últimos años de vida algunas actividades

que tengan sentido o relaciones que compensen los cambios cualesquiera que hayan tenido lugar con la vejez.

Si nos fijamos en los cinco criterios mencionados más arriba para una vida satisfactoria, se notará la relación entre los patrones de Bühler (1961) considerados más satisfactorios en la vejez (los dos primeros), y la noción de Havighurst y asociados (1968) de que el entusiasmo y las relaciones entre los objetivos deseados y los conseguidos son los dos componentes más importantes para una alta satisfacción.

Campbell y col. (1976) desarrollaron seis temas generales que sirven como base para la satisfacción con la vida y para el envejecimiento autopercebido como satisfactorio:

- 1) Autonomía autosuficiente que permita la continuación de la integridad del yo.
- 2) Relaciones agradables con las demás personas, algunas de las cuales están dispuestas a ayudar cuando son necesarias, sin perder el respeto por la vejez.
- 3) Una cantidad razonable de confort personal, corporal y mental y en el ambiente físico de cada uno.
- 4) Estimulación de la mente e imaginación en la medida suficiente para no sobrepasar las capacidades físicas.
- 5) Movilidad suficiente para permitir una variedad de movimientos, y
- 6) Alguna forma de responsabilidad intensa en la vida, en parte para escapar de la preocupación de la muerte (Clark y Anderson, 1967).

Otros dos estudios han aclarado un poco más el tema de los patrones para una vejez satisfactoria. Aunque los dos estaban restringidos por un número



relativamente pequeño de participantes, los investigadores dedicaron una gran cantidad de tiempo a cada sujeto.

Este proyecto agrupó a las personas en cinco categorías, dependiendo de su ajuste a la vejez: 1) el tipo maduro, 2) el tipo “mecedora”, 3) el tipo acorazado (aquél que depende de una serie elaborada de defensas para evitar las ansiedades del proceso de envejecimiento), 4) el tipo colérico y 5) el autoagresivo (Reichard, Livson y Peterson, 1962). Los términos son esencialmente autoexplicativos.

En muchos casos, el modo de adaptarse de una persona a la vejez es un resultado directo de un patrón de ajuste a largo plazo. Por ejemplo, el tipo de la mecedora “*ha dado la bienvenida a la oportunidad que la ha brindado la vejez y la jubilación para tomarse la vida sin problemas. En la vejez, la sociedad le concede, le permite y se siente indulgente con las necesidades de pasividad y dependencia que no consentiría a las personas jóvenes. Así, se encuentran más libres para ser realmente ellos mismos*” (Reichard et al., 1962 pag 130). Este párrafo sugiere que un tipo de estilo de vida es más adaptativo para algunos jubilados que cuando no lo eran.

En el segundo proyecto Neugarten, Havighurst y Tobin (1968) subieron un escalón más. No sólo categorizaron los tipos de personalidad sino que relacionaron estos tipos con los roles y la satisfacción de vida. Trabajaron con 59 hombres y mujeres de setenta años, encontrando que aquellos considerados como integrados o bien adaptados tenían todos una alta satisfacción de vida, independientemente de la extensión de sus actividades. Los individuos “acorazados/a la defensiva” tenían niveles de alta satisfacción vital si estaban activos, aunque dos de las cuatro personas con baja actividad no tenían alta satisfacción. Entre los “pasivos/dependientes” y los “no adaptados”, los altos niveles de actividad eran raros y era común una satisfacción media y baja de vida. Estos investigadores

concluyeron que en una persona normal, no hay una discontinuidad acuciante de la personalidad con la edad, lo que hay es una mayor continuidad. “Aquellas características que han sido centrales para la personalidad parecen delinearse mas claramente y aquellos valores que el individuo ha apreciado, llegan a ser más salientes”. Estos autores, están de acuerdo con ambas teorías, la de la actividad y la de la desvinculación, para una óptima vejez, terminando por afirmar que ninguna teoría es suficiente para dar cuenta de todos los cambios que tienen lugar a lo largo de la vida y en la vejez. Los investigadores cuestionan dos fuerzas concurrentes dentro de las vidas de las personas mayores, una presionando a la separación y a un tipo de vida más reposado, la otra requiriendo actividad con objeto de mantener el sentido de la dignidad personal. Todo esto nos recuerda que incluso aquellas personas mayores que se han desvinculado de sus actividades, no tienen porqué desvincularse de sus valores y roles sociales que han interiorizado a través de décadas. En resumen, la desvinculación es una respuesta inadecuada para algunos; para otros, es adaptativa y, para algún otro, es la mera continuación de los patrones de conducta previamente establecidos.

Esto implica que podríamos confirmar la mayor exactitud de la teoría de la actividad, si definiéramos el mantenimiento de una actividad de forma más cualitativa. Antes que sólo “hacer muchas cosas” o “mantenerse muy activo”, nuestro estado de ánimo en la postrimería de la vida (y a cualquier edad) podría depender del hallazgo de actividades que sean *significativas* para nosotros. Un individuo filosófico e introvertido podría encontrar más sentido a la vida leyendo y contemplando el mundo desde una mecedora que persiguiendo la actividad y el éxito. Un individuo sociable y lleno de energía sólo podría encontrar la felicidad manteniéndose activo en el sentido obvio, medido objetivamente, llenando cada día de su vida con cosas que hacer.



En la misma línea, Daniel Ogilvie (1987) pidió a una serie de individuos que clasificaran por orden sus identidades, los papeles de la vida que eran más importantes para ellos; por ejemplo: a) ser padre o madre, b) jardinero, c) miembro de un coro, d) miembro de la iglesia, e) voluntario, etc., y después les planteó preguntas sobre el grado hasta el cual cada papel ponía de manifiesto su “mejor yo” frente a su “peor yo”, las cualidades que valoraban o les disgustaban de sí mismos. Después les preguntó cuánto tiempo permanecerían comprometidos en cada papel y comprobó su estado de ánimo. Las relaciones fueron firmes y directas. Los individuos que invirtieron mayor cantidad de tiempo expresando las identidades mejor calificadas fueron los más felices. En otras palabras, midiendo la actividad en su sentido cualitativo o percibido desde un punto de vista emocional, el estudio de Ogilvie sugiere que la teoría de la actividad, de hecho, podría ser apropiada. Mantenerse comprometido en la vida de un modo que nos corresponda emocionalmente puede ser, de manera decisiva, importante en la vejez. Las asociaciones que se encontraron en este estudio eran más potentes que las típicamente obtenidas por los investigadores entre salud y estado de ánimo, el factor que, hasta este estudio, ha sido el más destacadamente relacionado con la satisfacción con la vida de los ancianos (Larson, 1978). Pero, como ocurre con cualquier correlación, su hallazgo plantea la pregunta de las causa. ¿Consideran los individuos felices que lo que hacen tiene sentido a causa de su enfoque de la vida generalmente feliz o son las actividades significativas las que producen felicidad en los ancianos?

Neugarten (1972) nos ofrece una conclusión digna de mención :

*“No existe un solo patrón por el cual las personas envejecen satisfactoriamente, y... las personas mayores, como las jóvenes, elegirán las combinaciones y las actividades que les ofrecen el mayor desarrollo personal y que están más en consonancia con sus valores y patrones de su autoconcepto. La*



*vejez no nivela las diferencias individuales excepto, quizá, en el mismo final de la vida” (p. 13) .*

### **¿Es la vejez con éxito una vejez satisfecha ?**

Los gerontólogos han fomentado la idea de “vejez con éxito”, en parte en oposición a los estereotipos basados en el edaísmo y la asunción de que edad significa decline (Baltes y Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 1986, 1998 ; Rowe y Kahn, 1987). Pero la idea de envejecer con éxito no puede estar basada en la negación de lo que ocurre en el último estadio de la vida. La vejez con éxito debe contar con mecanismos generales de adaptación .

Baltes y Baltes, (1990), plantean un modelo psicológico de envejecimiento con éxito llamado *optimización selectiva con compensación*. El foco central de este modelo estriba en los mecanismos que actúan en el manejo de pérdidas y ganancias. En definitiva, proponen un proceso de adaptación consistente en la interacción de tres elementos: Selección, Optimización y Compensación (SOC). **Selección**, se refiere a un incremento en la restricción de la vida de una persona a pocos dominios de funcionamiento debido a las pérdidas generadas por la edad en el rango del potencial adaptativo. **Optimización** refleja la visión de que las personas se comprometen en conductas para enriquecer y aumentar sus reservas generales y para maximizar sus cursos de vida elegidos (y formas asociadas de conducta) con relación a cantidad y calidad. **Compensación**, resulta también (como selección) de las restricciones en el rango del potencial adaptativo. Éste se hace operativo cuando se pierden o reducen capacidades conductuales específicas por debajo de un estándar requerido para el funcionamiento adecuado.

La experiencia adquirida a lo largo de la vida facilita que las personas mayores conozcan cómo actuar optimizando, seleccionando y utilizando estrategias que compensen posibles déficits o elevadas demandas ambientales.

A estos principios del envejecimiento con éxito, Fernández-Ballesteros (1998), añade el de Normalización considerando éste, desde la teoría de la actividad, como la potenciación de que el individuo mayor siga involucrandose en todas aquellas actividades que ha llevado a cabo, satisfactoriamente, a lo largo de su vida.

Baltes y Baltes (1990) ilustran su teoría con distintos ejemplos. Así, el pianista Rubinstein informó en una entrevista televisiva que él vencía semanalmente a la edad (adaptación) en su ejecución de piano de la siguiente manera: Primero, reducía su repertorio y tocaba un menor número de piezas (**selección**); Segundo, practicaba éstas más a menudo (**optimización**), y Tercero, enlentecía su velocidad en los movimientos previos a los más rápidos, produciendo un contraste que daba la impresión de velocidad en los movimientos rápidos (**compensación**).

En resumen, no existe un solo patrón por el cual las personas mayores envejecen satisfactoriamente. Ni la teoría de la actividad, ni la de la desvinculación, explican por sí mismas, el envejecimiento satisfactorio. Las personas mayores tienen que adaptarse a los cambios físicos, psíquicos y sociales que se les presentan. Pero no todas las personas se adaptan de la misma forma.

## **CAPÍTULO 3**

### **BIENESTAR EN CONTEXTOS ESPECÍFICOS**



### 3. BIENESTAR EN CONTEXTOS ESPECÍFICOS.

#### 3. 1.- RESIDENCIAS

El cambio de la estructura familiar a formas nucleares, el creciente deterioro de las redes sociales y el creciente envejecimiento de la población, genera en la sociedad actual el desarrollo de “sobrecargas” familiares, de tal forma que la atención y el cuidado de los mayores, a menudo, desborda la capacidad de respuesta familiar. El ingreso en una residencia de ancianos aparece en tales casos como la única opción posible, especialmente para ancianos que presentan un alto grado de dependencia o que sencillamente necesitan cuidados que la familia no puede proporcionar. En este sentido, y pese a que, afortunadamente, las modernas instituciones geriátricas actuales distan bastante del caduco sistema asilar de antaño, se hace necesario destacar que la incorporación del anciano a una residencia geriátrica continúa suponiendo un cambio de tal magnitud, que va a trastocar indudablemente su vida, incluso antes de que tal acontecimiento se produzca.

Con el ingreso en la residencia, las personas mayores inician, o creen iniciar, el comienzo de la última etapa de su vida. A lo largo de ella se habrán producido una gran cantidad de acontecimientos familiares, profesionales, de relación social. Habrán desempeñado diversos papeles, los ligados al sexo, a su edad en fases sucesivas, a su carácter de soltero/casado, padre o madre de familia, actividad profesional, etc. Algunos años antes habrán pasado por el trance de la jubilación. Ahora enfilan un período que, breve o extenso, saben que es el final y que en las circunstancias que les ha tocado les va a suponer también un esfuerzo de socialización suplementario, un nuevo rol al que adaptarse. Así, la entrada en la institución es una ruptura con el medio ambiente material y social, en que discurría la vida de la persona.

En efecto, la vida en una institución se contrapone drásticamente a la vida “normal” en cuanto que es colectiva y toda ella discurre bajo la mirada de otros extraños con quienes tendrán que “negociar” parcelas de intimidad, satisfacción de necesidades, lugares y formas de actividad, etc. Todo ello se traduce en formas de control social externo. Esto no quiere decir que las personas mayores en su vida anterior, dentro de la familia o de su casa, escapasen a todo control social y que, por tanto esa situación sea absolutamente nueva e inesperada. Ciertamente no hay individuo que pertenezca de pleno a un grupo y que no esté obligado a multitud de normas que son otras tantas formas de control social. Pero éste ya estaba bien asumido, por otra parte, este control suele dejar un considerable margen de libertad en muchos aspectos de la vida personal.

Verse sometido a un reglamento o a unas costumbres que se le imponen de manera más o menos humanitaria a una compañía que uno no ha podido escoger, a solicitar permisos para salir de casa o tener que dar explicaciones cuando a uno no le apetece comer o verse forzado a acostarse/levantarse a determinada hora, etc, son circunstancias que adquieren un peso oneroso cuando su ejecución en detalle escapa a la voluntad del individuo. Este es el panorama que se abre delante del anciano a quien se aconseja o se obliga a entrar en una residencia.

Un aspecto importante del ingreso en la institución que no puede por menos que subrayarse es el carácter prácticamente irreversible que tiene este paso. Las circunstancias que suelen concurrir (quién y por qué razones se ha tomado esa decisión) no permiten al anciano alimentar la ilusión de que la estancia en la residencia es temporal, como lo sería en un hospital, mientras dura la enfermedad. La estancia en la residencia puede considerarse como una especie de “recta final” de la vida.



En definitiva, parece que la vida en una residencia para personas mayores debería ser una fuente de insatisfacción para las mismas, la adaptación a la residencia tendrá que ser difícil para los individuos ya que muchas son las cosas que cambian en la vida de la persona institucionalizada, y adaptarse a esa nueva vida debe ser un problema de tiempo y en el que el éxito dependerá, sobre todo, de factores personales, ya que la capacidad de adaptación de las personas varía en función, sobre todo, de la personalidad y la actitud de las mismas.

### 3.2.- OPINIÓN SOBRE LAS RESIDENCIAS

La “imagen” , que tienen las personas mayores, de la residencia es, comúnmente, bastante negativa, la idea de “residencia para ancianos” conserva aún para la población de edad, precisamente, algo de su sello original: “asilo” de ancianos desamparados, o como el lugar del retiro para los que son “rechazados por la familia”.

En una investigación llevada a cabo por Lehr (1988), con 200 personas que vivían en sus domicilios y con las que se realizó un análisis cualitativo de todos los motivos expresados espontáneamente en la conversación y aducidos en contra del traslado a tales residencias, se comprobó que los hombres temen someterse al reglamento estricto de esas instituciones y, por tanto, la renuncia a la libertad personal, motivo que parece ser menos relevante para las mujeres. Para ellas, el motivo principal de su oposición radica en la temida “masificación”, que sólo ocupa entre los hombres un segundo plano. Las mujeres se resisten, en segundo lugar a perder su actividad, y, en consecuencia, cuando no tengan nada que hacer, a “caer enfermas”. Por otra parte, renuncian de mala gana al propio domicilio, si bien esto se menciona en penúltimo lugar, y se teme la separación de la familia, el



debilitamiento de los contactos familiares, la carga económica que implica la estancia en la residencia parece tener una menor importancia para unos y otros.

Según un estudio realizado por Biedenharn y col. En 1991, con 250 personas mayores de 65 años que vivían en la comunidad, las creencias fueron los determinantes más importantes de sus reacciones ante las residencias. El miedo a ingresar en una residencia y la probabilidad de hacerlo, son entendidos como respuestas a las creencias que las personas mayores sostienen sobre cómo es la calidad de los cuidados residenciales, el coste de dichos cuidados y el papel de las familias en suministrar cuidados. Las puntuaciones obtenidas en las escalas de creencias no correlacionaron ni con el sexo, ni con el nivel de educación, ni con el nivel de renta, ni con la raza, ni con la edad, ni con el estado de salud (aunque las mujeres tienen más probabilidad de ingresar en una residencia en virtud de su suprarrepresentación en la población mayor, el sexo no está relacionado con el miedo al ingreso). Se realizó un análisis de regresión jerarquizado (Tabla 3.1) en el que se puede observar como las creencias, cuando se consideraban como un grupo, produjeron un incremento substancial en la varianza explicada tanto por el miedo como por la probabilidad de las valoraciones de los sujetos incluso después de considerar que cualquier efecto podía ser debido a la edad, estado de salud o conocimiento anterior de las residencias. El incremento con respecto al miedo fue del 10% ( $p < .001$ ). La contribución de las creencias sobre la probabilidad de ingreso de los sujetos fue igualmente pronunciada. En este caso, las creencias aumentaron en un 12% ( $p < .001$ ) la varianza, mientras que la edad y los factores relacionados no aumentaron nada. Por tanto, las creencias sobre las residencias fueron una fuente importante en la formación de miedos y expectativas de un día entrar en una Institución.

**Tabla 3.1**  
**Los efectos de las creencias sobre las residencias en el miedo y la probabilidad de ingreso en las mismas.**

	<u>Miedos</u>		<u>Expectativas</u>	
	r	beta	r	beta
Creencias sobre la calidad de los cuidados residenciales	-.25 **	-.13	-.12	-.10
Creencias sobre la calidad de vida en las residencias	-.24**	-.13	-.20**	-.24*
Creencias sobre el coste de las residencias	.23**	.04	.02	-.14
Disposición de la familia a proveer cuidados	-.20**	-.11	-.07	.03
Dificultad para solicitar ayuda para asistencia familiar	.19*	.13	.27**	.28
Edad	.01	-.03	-.11	.10
Salud percibida	-.23**	-.18*	-.05	.07
Salud comparada con otros	-.15	-.05	-.10	-.14
Contacto anterior con residencias	-.02	-.02	.08	.02
R <sup>2</sup>	.13**		.12**	

r. Correlaciones de Pearson. (betas) coeficientes de regresión. \* p<.01; \*\* p<.001

Fuente : Biedenharn, y Normoyle, 1991

En resumen, la opinión que tienen las personas mayores sobre las residencias es bastante negativa, ya que, para muchos, la residencia todavía se asemeja a los antiguos asilos, lugares fríos, lúgubres y en donde se “aparcaba” a los mayores hasta la hora de su muerte. Las creencias sobre las residencias son los determinantes de las reacciones hacia las mismas. El miedo y la probabilidad de ingreso, son factores determinados por las creencias, sin embargo, variables como el sexo, la educación, la renta, la edad y la salud, no correlacionaron con las puntuaciones obtenidas en las escalas de creencias. Por otra parte, el sexo es una



variable de diferenciación ante los temores sobre las residencias. Los hombres temen perder su libertad y las mujeres temen, sobre todo, perder sus actividades.

### 3.3.- EXPECTATIVAS DE IRSE A VIVIR A UNA RESIDENCIA

Existe amplia literatura acerca de la incidencia de ingresar en una residencia y en la salud y el dinero como determinantes de dicho ingreso. Cambios persistentes en los patrones de vida de las personas mayores y predecibles cambios en la longevidad y salud (Crimmins, Hayward, y Saito, 1994 ; Crimmins y Ingegneri, 1992), sugieren que las probabilidades de vivir en una residencia continúan aumentando para las futuras cohortes de personas mayores.

La literatura sobre la utilización de residencias muestra cómo las mujeres tienen mayor probabilidad de ingresar que los hombres. Esta diferencia se debe, en parte, a la mayor probabilidad de ingreso en residencias de los individuos no casados, y a que las mujeres sobreviven, con mayor probabilidad que los hombres, a sus esposos. También hay estudios que demuestran que las personas que viven en residencias tienen menos hijos que las que viven en sus hogares. (Fernández-Ballesteros, 1996; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1998).

El principal factor de riesgo de ingreso en una residencia es la “**necesidad**”. Factor que indica que la persona no puede vivir mucho tiempo independiente por su decline en el estado de salud. Típicamente este factor incluye medidas de capacidad funcional. Por ejemplo, actividades de la vida diaria AVD o actividades de la vida diaria instrumentales AVDI- Desde que aparecen estas limitaciones se sugiere la probabilidad de que la persona no pueda cuidar de sí misma. En una investigación llevada a cabo por (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1998), en la que se preguntaba a 244 personas mayores de 65 años los motivos por los que se irían o se fueron a vivir a una residencia, las dos razones que mayoritariamente, expresaron los sujetos, tanto los que se encontraban ya en una residencia (N=100)



como los que vivían en sus hogares (N=99) como aquellos que estaban en lista de espera de ingreso (N=45), fueron las relativas al déficit en las habilidades funcionales y a la soledad.

La literatura sobre cuidados a largo plazo ha identificado factores que permiten decidir a las personas tanto permanecer fuera de la residencia como ingresar en la misma). El principal factor es **la posibilidad de utilizar sustitutos a la residencia : servicios de apoyo formal e informal.**

Muchos estudios han identificado el papel clave jugado por la disponibilidad y uso de cuidadores informales, los cuales serán utilizados incluido el esposo/a si el/ella viven en el hogar, pero también se pueden incluir otros familiares (hijos, hermanos, nietos). Se hipotetizó que los **recursos económicos** serían variables intervinientes, así como y seguramente deberían estar vinculadas al desarrollo de las expectativas. Sin embargo, no siempre está tan claro cómo afectan los recursos económicos a la decisión. En particular, altos niveles de ingresos y posesiones aumentan la posibilidad de poder ingresar en una residencia, pero también, por otra parte, permite a las personas poder contratar apoyo formal de la comunidad y permanecer fuera de las residencias. Por otra parte, las personas con bajos niveles de ingresos y posesiones son elegidas para ingresar, con mayor probabilidad en las residencias públicas, aumentando de esta forma el acceso de estas personas a dichas residencias.

El tercer grupo de factores de riesgo que se piensa predispone a una persona hacia la vida en una residencia, incluye el **aumento de edad**, así como el **nivel de educación, raza** o etnia. El incremento de edad debe reducir la capacidad de los individuos para afrontar condiciones específicas. El nivel de educación incrementa el grado de conocimiento de los individuos sobre alternativas y opciones a los cuidados a largo plazo.

Como podemos observar en la Tabla 3.2 del Estudio sobre Salud y Retiro (HRS) (Holden, & McBride, & Perozed, 1997) llevado a cabo para explorar las expectativas de ingreso en residencias de ancianos, existe una relación importante entre ciertas variables y las expectativas de los sujetos a algún día ingresar en una residencia. Por ejemplo, la media de número de hijos bajó conforme aumentaban las expectativas. De los del grupo de probabilidad "0" (nunca irán a una residencia), el 70% residía en una comunidad urbana, mientras que de aquellos que informaban entrar seguro ("10"), sólo el 58% eran residentes urbanos. Por otra parte, el 70% de los que contestaron que nunca irían a una residencia, están casados mientras que de los que estaban seguros que algún día entrarían, sólo estaban casados el 43%.

La Tabla 3.2 sugiere, también, que la estimación de probabilidad de los entrevistados refleja también mayor o menor "certeza" acerca de sus probabilidades de ingresos, dado sus características actuales. Hay que tener en cuenta que la edad de los entrevistados estaba comprendida en el rango de 51-61 años.

**Tabla 3.2**  
**Medias obtenidas en las variables analizadas en función de las expectativas de vivir en residencias.**

Variable	<b>Probabilidad de que el entrevistado utilice una residencia</b>					
	0	1-4	5	6-9	10	Total
Edad	55,6	56	56.2			
Varón	0.44	0.42	0.42	0.43	0.54	0.43
Raza negra	0.18	0.11	0.09	0.09	0.21	0.12
Raza blanca	0.72	0.81	0.88	0.87	0.65	0.82
Estar casado	0.71	0.81	0.75	0.71	0.43	0.74
Número de hijos	3.7	3.3	3	3.1	2.6	3.23
Menos de bachiller superior	0.41	0.18	0.2	0.2	0.4	0.2
Bachiller superior	0.25	0.40	0.44	0.27	0.27	0.36
Algunos años de Universidad	0.33	0.43	0.35	0.47	0.32	0.39
Propietario de vivienda	0.7	0.9	0.84	0.83	0.6	0.8
Vive en área urbana	0.7	0.75	0.7	0.69	0.58	0.7
Padres que han utilizado residencia	0.16	0.26	0.24	0.34	0.2	0.25
Salud excelente	0.24	0.28	0.2	0.24	0.12	0.23
Salud delicada	0.24	0.1	0.1	0.24	0.5	0.18
Empeoramiento de salud en el último año	0.13	0.08	0.1	0.23	0.41	0.13
Nº de enfermedades mortales tempranas	0.56	0.44	0.46	0.53	0.83	0.5
Nº enfermedades mortales largo plazo	1.23	0.94	0.96	1.34	2.34	1.12
Obesidad	0.1	0.06	0.1	0.17	0.25	0.11
Fumador habitual	0.36	0.28	0.27	0.21	0.4	0.28
Tres o más bebidas alcohólicas	0.07	0.03	0.06	0.03	0.06	0.05
Número de observaciones	144	192	252	117	33	738

*Fuente : Holden, McBride y Perozek 1992*

Las estimaciones separadas para hombres y mujeres sugieren que existen diferentes procesos en la formación de expectativas entre ellos. Los efectos de



otras variables indican que los entrevistados del HRS basan sus expectativas, básicamente, en factores de “necesidades” y “posibles cuidadores”, pero esos hombres y esas mujeres, en esta temprana etapa, reconocen las posibles diferencias que van a existir entre ellos cuando estén en situación de necesitar cuidados a largo plazo. Las expectativas de los hombres están formadas por el actual estado civil, si están casados, sus expectativas de ingresar en una residencia son menores. Este no es el caso de las mujeres, ya que sus posibilidades de seguir casadas son muy pequeñas cuando llega el momento de tomar la decisión de ingresar en una residencia, y están más influenciadas en formar sus expectativas por las posibilidades de sus hijos más que por la actual presencia de un esposo. Es interesante cómo las mujeres están también influenciadas por sus madres, la entrada en residencias es más probable que sea anticipada cuando uno de los padres ha estado en una residencia. Este efecto positivo debe provenir de:

- a) La información dada por la experiencia de sus padres sobre las condiciones que les llevaron a los cuidados residenciales.
- b) Las expectativas familiares sobre las obligaciones de los hijos para cuidar a sus padres.
- c) Conocimiento de la calidad de las residencias, o
- d) Condiciones genéticas que los individuos esperan conocer en el futuro.

La última es una posibilidad real, a medida que las condiciones de salud empiezan a influir en las expectativas de las mujeres de ingresar en una residencia.

Los resultados indican que la salud autoinformada no contribuye a explicar las expectativas de ingreso en una residencia aunque ponerse peor de salud, sí ejerce una fuerte influencia positiva tanto en hombres como en mujeres. Esto no quiere decir que las expectativas no estén influenciadas por la evaluación de salud del propio individuo. Los hombres que padecen enfermedades de mortalidad

temprana, pueden predecir la muerte pronto y, por tanto, disminuyen sus expectativas de utilizar las residencias, mientras que los hombres con enfermedades inhabilitadoras a largo plazo, pueden predecir futuras discapacidades y, por tanto, aumentar su probabilidad de utilizarlas. Este contraste, no aparece en las mujeres, aunque los opuestos efectos de estar significativos de estar obesa y fumar pueden indicar procesos similares. La influencia positiva del deterioro de salud en las expectativas tanto de hombres como de mujeres se mantiene.

La influencia de vivir en área urbana puede recoger los efectos de la calidad de las instituciones, acceso, o alternativas a cuidados a largo plazo. La propiedad de la vivienda parece no tener influencia en las expectativas de ingreso. Las variables de educación, las cuales eran significativas sólo para las mujeres, pueden estar recogiendo un par de efectos diferentes. Por una parte, puede estar midiéndose expectativas a largo plazo por la habilidad de pagar en un futuro una residencia entre las mujeres con una educación superior (no observado con la variable riqueza) y, por tanto, el acceso a residencias de mejor calidad. Y por otra parte, este coeficiente puede estar capturando la mejor adquisición de información de los riesgos de las residencias por las personas más educadas, incluyendo el deseo de los hijos de proveer cuidados.

La edad no es un predictor significativo de las expectativas de ingreso en una residencia. Mientras esto puede parecer contraintuitivo, puede deberse a la escasa variación en edad en la muestra de HRS (51-61 años). En otras palabras, como la edad de los entrevistados estaba comprendida en un rango de 10 años, entre los entrevistados mayores y los jóvenes, todos casados con personas de dicho rango, las expectativas no deberían variar con la edad.

Por otra parte, en el estudio gerontológico longitudinal de Bonn, (Thomae, 1976), tan sólo el 2,8% de los mayores de 60 años albergaban ideas concretas en



cuanto a su posible traslado a una residencia. La disposición general a irse a vivir “alguna vez” a una residencia estaba algo más acentuada entre las mujeres de 70-75 años. Estas mujeres se diferenciaban muy significativamente ( $p < .01$ ) de los hombres de la misma edad, que se oponían con más fuerza a la idea de un traslado. Los hombres de más de 70 años se resistían de un modo muy significativo ( $p < .01$ ), más que los hombres y mujeres de 60-65 años. La disposición a irse a vivir con los hijos se vio aún más reducida en los 4 grupos comparados. Es curioso que aquellos ancianos con un mejor estado de salud, a juicio del médico, fueran los más dispuestos a irse a una residencia, mientras que aquellos con un estado precario de salud eran los que se oponían tajantemente a esa idea. De todos modos, se ha de hacer constar en este sentido, que las personas examinadas en el estudio longitudinal representaban una muestra favorecida, en cuanto al estado de salud, de todo el grupo de edad. De acuerdo con la bibliografía, sabemos que, cuando existen perjuicios considerables para la salud física, aumenta la disposición a ingresar en una residencia de ancianos.

Según un estudio realizado por CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) en 1989, Los entrevistados, que entonces vivían en sus hogares, afirmaron que, aunque pudieran, no querían, ocho de cada diez, vivir en estos hogares colectivos, y tan sólo un 10% optaría por ello. Además, este último porcentaje disminuyó a medida que aumentaba el nivel de formación del entrevistado.

Por otra parte, las razones que habían llevado a las personas entrevistadas en las residencias a vivir en las mismas fueron muy dispersas. El 30% afirmaron que, aunque tenían recursos económicos que les permitieran vivir solos o con la familia, prefirieron hacerlo en la residencia. Esta proporción aumentaba de manera importante conforme se elevaba el nivel de estudios, llegando a duplicarse en el colectivo de personas con estudios superiores. Una cuarta parte de los sujetos



(26%), afirmó que su familia tampoco podía acogerle y que no poseían recursos para vivir solos. Tanto en un caso, como en el otro, a medida que aumenta el nivel de estudios, disminuye la proporción de individuos que se encuentra en esas situaciones. Hay que destacar que el porcentaje de mujeres que carece de familia y de recursos económicos para vivir solas (30%) es superior al de hombres (21%). A este respecto, habría que señalar que la situación de marginación social de la mujer no sólo se reproduce en la tercera edad, sino que en ciertos ámbitos se extrema. Por último, aquellas personas que no tienen hijos ni familia (17%), opinan que aunque sus recursos económicos les darían para vivir solos, prefieren hacerlo en la residencia. La mayor parte de este colectivo la constituyen quienes tienen estudios superiores (28%).

### **3.4.- SATISFACCIÓN CON LA RESIDENCIA**

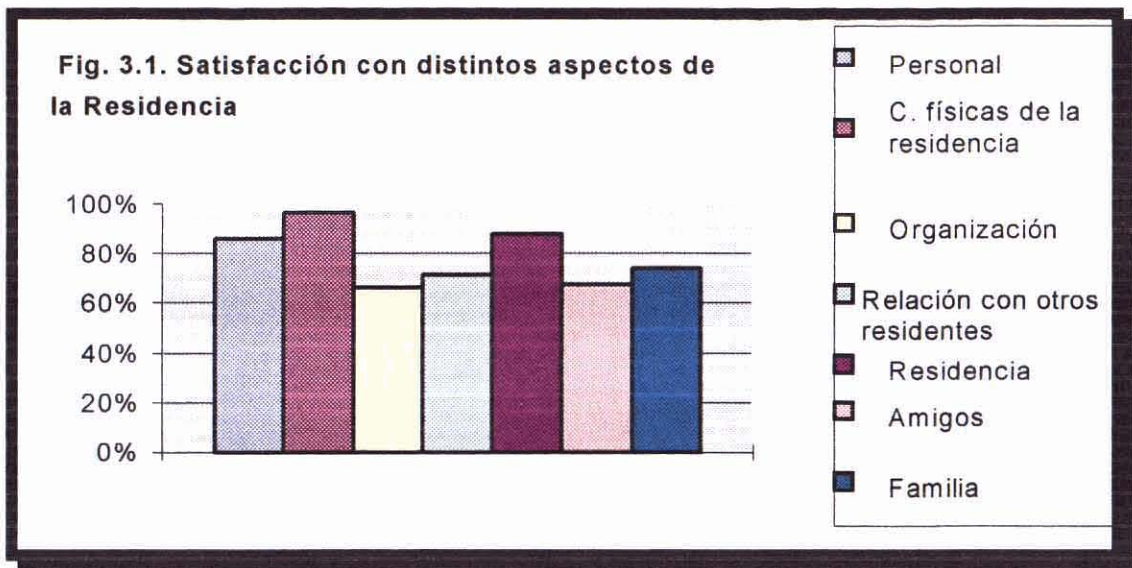
Por satisfacción con la residencia entendemos a la satisfacción que las personas mayores tienen con su vida en una residencia de ancianos y, por tanto, ello no está relacionado con el concepto de satisfacción residencial, manejado por Amerigó (1995) que contempla, la residencia, desde el punto de vista de vivienda y, por tanto, solamente, los aspectos ambientales de la misma.

A pesar de la extendida opinión de que el ingreso en una residencia de ancianos es concebido, finalmente, como la última estación de paso antes de la muerte, existen individuos que viven durante décadas dentro de las paredes de los centros residenciales a largo plazo. Algunos son más felices y están más satisfechos en la institución que fuera de ella. En una investigación llevada a cabo por Sherwood, Glassman, Sherwood y Morris (1974), comprobaron que si la situación vital del residente era difícil, el ingreso en la residencia originaba, como consecuencia, una mejoría del estado de ánimo.

Para los individuos a quienes se consideró que realmente necesitaban una institución (sujetos con mala salud, con pocos recursos económicos y que vivían solos), la vida en la residencia fue un alivio bienvenido, un refugio de la ansiedad de tener que organizar su vida en la comunidad. Uno de los factores que van a influir en la adaptación del anciano a la residencia va a ser la voluntariedad de ingreso, como ya se muestra en el trabajo realizado por Ferrari (1962). El hecho de percibir auto-control es un elemento que debe considerarse como altamente positivo.

Por otra parte, como señala Ames (1991), el grueso de las investigaciones realizadas hasta el momento sugiere que los problemas de salud, y la dependencia, se muestran como dos de los más potentes predictores de insatisfacción residencial.

En un estudio realizado por Fernández-Ballesteros y col. (SERA, 1992), el 67,7% y 74% de residentes informaron estar satisfechos de sus amigos y de sus familiares respectivamente y la satisfacción con las relaciones con el personal de la residencia fue del 86%. (Fig. 3.1).

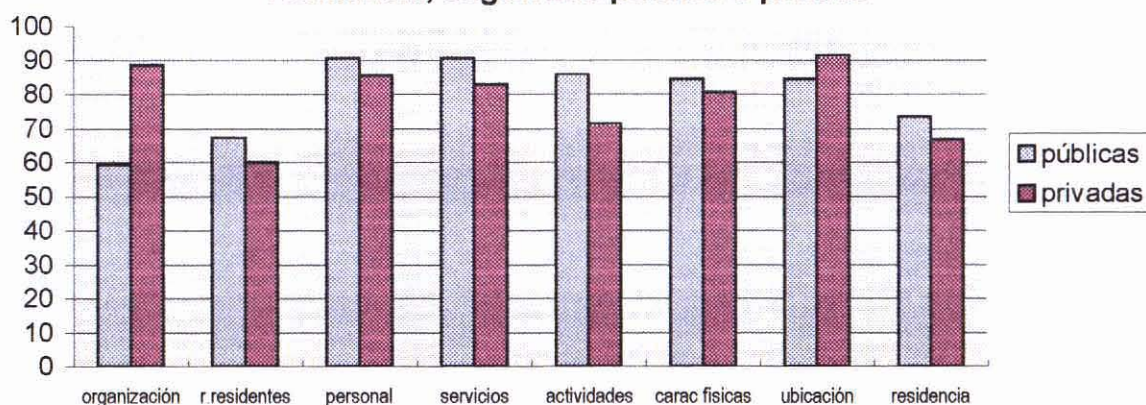


Fuente : Fernández-Ballesteros (1992)

En una investigación realizada por (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1998) en la que analizaron distintos aspectos de la residencia, tanto en personas que vivían en residencias públicas como en privadas, se llegó a la conclusión de que el 71% de los entrevistados afirmaba estar muy satisfecho con la residencia, el 69% también decía estar muy satisfecho con la organización de la misma, el 65% con las relaciones con otros residentes, el 88.9% con el personal, el 87.9% con los servicios que la residencia les ofrecía, el 81% con las actividades que realizaban en la residencia, el 83% con las características físicas y el 86.9% con la ubicación de la misma. Como puede observarse en la Fig. 3.2, en la que se ilustran los resultados obtenidos según se viva en un tipo u otro de residencias, los sujetos de las residencias públicas parecen estar, en mayor proporción, muy satisfechos en todos los aspectos examinados menos en aquellos que tienen que ver con la organización y ubicación (más alejada del centro) de la residencia.



**Fig. 3.2. Satisfacción con distintos aspectos de la residencia, según sea pública o privada**

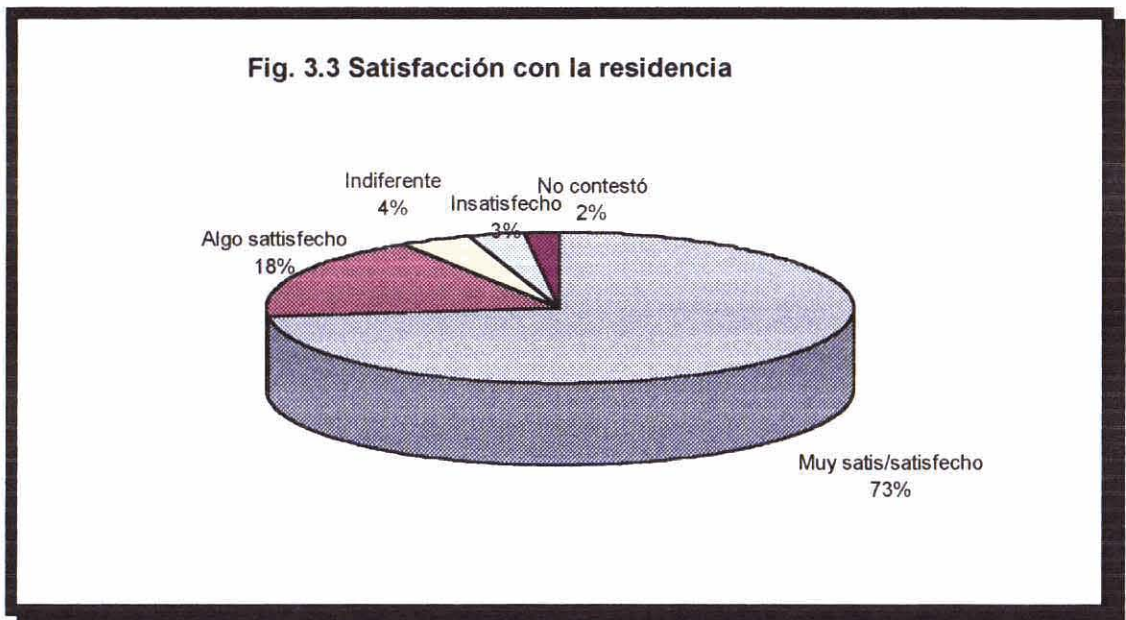


Fuente : Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1998

Por otra parte, según la investigación llevada a cabo por CIS (1989), la vida que se hace en la residencia, así como los servicios que ofrece la misma, producen una satisfacción elevada en la mayor parte de los entrevistados (86% y 87% respectivamente). Tan sólo hay que destacar que las personas que tienen estudios universitarios son las que muestran insatisfacción, en mayor medida, con ambos aspectos de la vida en las residencias. También en esta investigación, se analizaron las posibles diferencias en función del sexo; con respecto a los ingresos, los varones (40%) se encontraban algo más satisfechos que las mujeres (35%) con los ingresos económicos de los que disponían, predominando, no obstante, la insatisfacción en ambos casos (63% de media). El grado de satisfacción con la vida familiar y social, así como con el respeto y la consideración que tenían hacia ellos las personas que les rodeaban no difería, prácticamente, entre ambos sexos. El porcentaje que se declaró satisfecho ante estas cuestiones, estaba, en todos los casos, por encima del 85%.

En la encuesta realizada por EDIS y que completa estos últimos datos, las mujeres (34%) declaran estar algo más deprimidas que los varones (18%). Del mismo modo se sienten más aburridas (27%) que ellos (18%); más solas (27%) que los hombres (17%), y por último, sienten también más ansiedad (23%) que la que declaran los varones (13%).

En un estudio realizado por Isobel Allen (1993) en el que se preguntó a los residentes por su satisfacción con la residencia, el 73% expresó estar satisfecho o muy satisfecho con la vida en la residencia, el 18% algo satisfecho, el 4% ni satisfecho ni insatisfecho, el 2% no contestó y solo el 3% se mostró insatisfecho o muy insatisfecho. (Fig. 3.3).

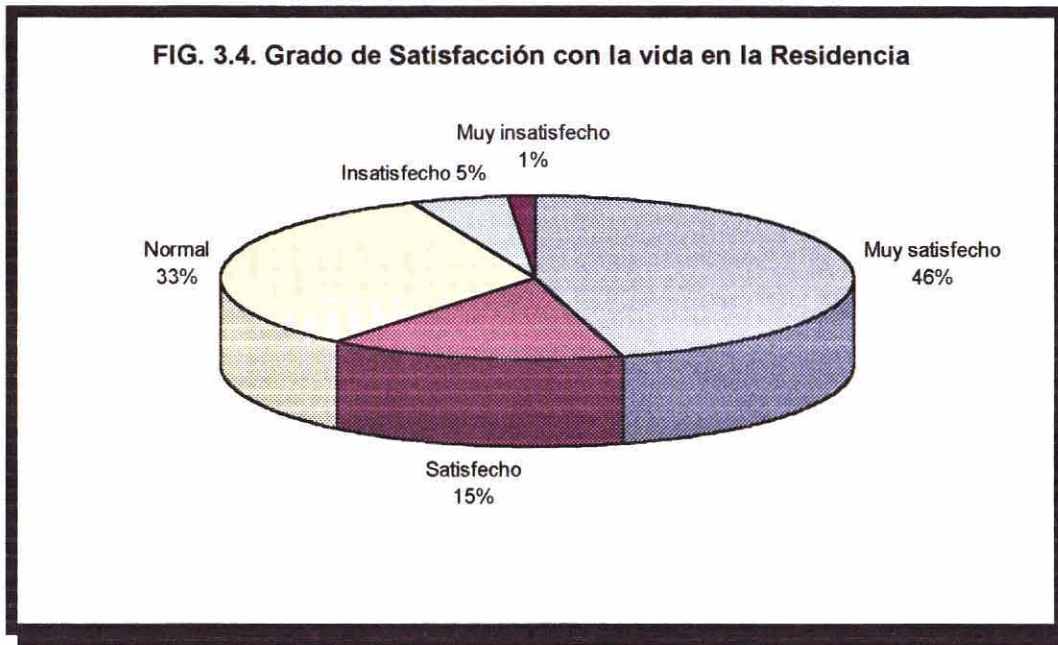


*Fuente : Allen, 1993*

Datos similares se han encontrado en una investigación llevada a cabo por Jorquera Marín (1994) en la que se preguntaba a los sujetos por su grado de satisfacción con la residencia. Como se puede ver en la Fig.3.4, el 60,83%



informaron estar muy satisfechos-satisfechos (45,45%-15,38%). El 32,86% contestaron que normal y solamente el 6,29% manifestaron estar insatisfechos-muy insatisfechos (4,89%1,39%).

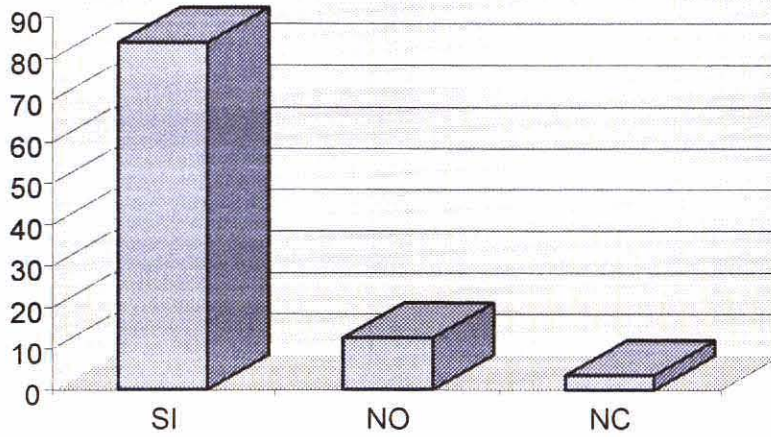


Fuente : Jorquera Marín, 1994

En este mismo estudio también se preguntó a los sujetos si volverían a elegir una residencia para vivir y si aconsejarían a un amigo el irse a vivir a una residencia, como medidas indirectas de satisfacción. A la pregunta sobre si volverían a elegir una residencia para vivir (Fig. 3.5), 120 sujetos de los 143, es decir el 83,91% respondieron afirmativamente, el 12,58% de forma negativa y un 3,49% se abstuvieron de responder. Es interesante constatar, que un gran porcentaje de los entrevistados que se inclinaron por el sí, acompañaron esta afirmación con la aclaración de que sí, siempre que la nueva residencia fuese similar a la que ahora disfrutaban.



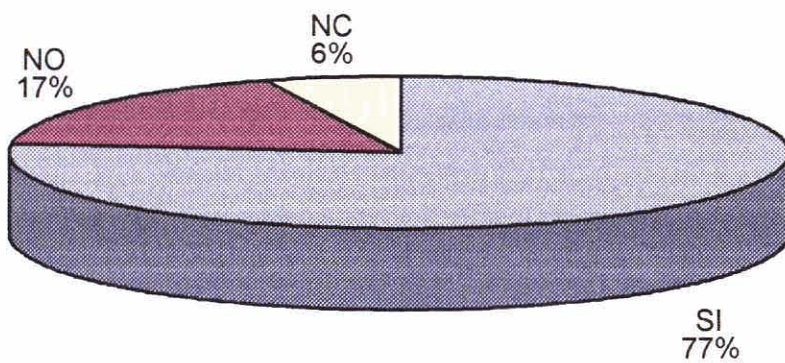
**Fig. 3.5 ¿Volvería a elegir de nuevo una Residencia para vivir?**



*Fuente : Jorquera Marín, 1994*

Con respecto a si aconsejarían a un amigo este tipo de residencia (Fig. 3.6), respondieron “sí” el 76,92%, “no” el 17,48% y no contestaron el 5,59%.

**Fig. 3.6. ¿Aconsejaría a un amigo este tipo de Residencia?**



*Fuente : Jorquera Marín, 1994*

Hay que comentar que en esta respuesta, la mayoría de los entrevistados que respondieron que no y la totalidad de los que no contestaron, aclararon que era muy difícil para ellos aconsejar una forma concreta de vida a otras personas, ya que ésta debe ser una decisión absolutamente personal y no mediatizada por criterios ajenos.

Por otra parte, y, como ya se ha comentado anteriormente, el traslado a una residencia es, a menudo, un momento de gran ansiedad para el individuo, y la poca información que suelen tener las personas mayores sobre las residencias puede inducirles a tener ideas erróneas sobre las mismas

En una investigación llevada a cabo por Allen, Hogg, y Peace, (1993) en la que interesaba conocer si las personas habían cambiado de opinión, después de vivir en una residencia, el 60% de los mayores dijo que vivir en una residencia era mejor de lo que pensaba. Principalmente las personas que antes del ingreso vivían solas, manifestaron estar particularmente contentas por la compañía que habían encontrado en la residencia. Otras personas atribuían su satisfacción a que pensaban que en la residencia la comida iba a ser peor, la habitación menos confortable y también pensaban que iban a tener menos libertad de la que tenían. Una tercera parte de los residentes no opinaron si era mejor o peor de lo que pensaban porque no tenían expectativas de como iba a ser la residencia antes del ingreso en la misma. Únicamente el 6% informó que vivir en una residencia era peor de lo que pensaba atribuyendo su descontento al hecho de tener que compartir la habitación.

En esta misma línea, (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1998) también analizaron los posibles cambios de opinión sobre las residencias producidos al vivir en ellas. Según sus datos, El cambio de opinión se produjo en el 40% de los



habitantes de residencias públicas y el 33% de las privadas. Sin embargo, cabe señalar que un 17% de los que vivían en residencias públicas informaron haber tenido una mejor opinión a su entrada en la residencia, en comparación con lo que ocurre en la actualidad, mientras que sólo un 3% de los residentes privados estaban en esa situación. En otras palabras, existía una mayor proporción de sujetos que expresaron decepción en las residencias públicas que en las privadas.

Las razones para el cambio de opinión desde antes de entrar en una residencia hasta el momento presente fueron de muy variado tipo, en primer lugar primaron aquellas que hacían referencia a la “mala imagen” de las residencias de ancianos así como al desconocimiento sobre este tipo de servicios. La “realidad” y “bondad” de las residencias sería el elemento esencial para el cambio de opinión. Sin embargo, otra gran parte de sujetos informaron que existía un proceso de adaptación (que algunos catalogaron de “resignación”) al entrar en una residencia y que, finalmente, la gente se adapta y, también, conforma con lo que obtiene. En otras palabras, el proceso a través del cual los seres humanos se ajustan al medio ambiente fue claramente expresado por los sujetos.

Hemos hablado, en este capítulo, de la vida en las residencias, de la mala opinión que, en general, las personas mayores tienen de ellas. Así como también del déficit en las habilidades funcionales y la soledad como los principales motivos que llevarían a la mayor parte de las personas que viven en sus hogares a solicitar el ingreso en una residencia. Sin embargo, también hemos visto que la mayoría de las personas, que viven en este tipo de instituciones, están satisfechas con su vida en las mismas. Asimismo, hemos comprobado que existen tres grandes planteamientos en el cambio de opinión sobre las residencias; el primero podría ser el pensar que las personas que cambian de opinión son las que vivían en unas condiciones deficitarias en sus hogares, valorando, por tanto, muy positivamente su satisfacción sobre todo cuando la comparan con su vida anterior. El segundo, hace referencia a



la mala o la escasa información que tienen las personas mayores sobre las residencias (la imagen distorsionada de "asilo") llevando a los sujetos a opinar negativamente antes de su ingreso. Tras la institucionalización, el sujeto percibe la "realidad" residencial -- claramente positiva-- y, en consecuencia, cambia su opinión. El tercero se refiere, esencialmente, a un proceso de adaptación que lleva consigo la conformidad y el acostumbramiento a una realidad que se puede percibir con muy variados matices (entre un extremo positivo y otro negativo) pero que, en cualquier caso, es una realidad juzgada necesaria a la que el sujeto debe adaptarse.

CAPÍTULO 4  
MEDIDA DEL BIENESTAR SUBJETIVO

## 4.- MEDIDA DEL BIENESTAR SUBJETIVO

En la Tabla 4.1 se presentan los instrumentos más importantes diseñados para medir el bienestar subjetivo. Como puede observarse, existen escalas de un sólo ítem y de múltiples ítems. Dirigidas a personas mayores o a la población general. Escalas que miden el bienestar globalmente o solo un componente del mismo como el afecto positivo o la satisfacción con la vida. Esta revisión no cubre las escalas diseñadas para medir estados de ánimo momentáneos, depresión u otros inventarios diseñados para medir la falta de bienestar.

### 4.1.- MEDIDAS DE ÍTEM ÚNICO

Las medidas de ítem único, se han utilizado para medir el bienestar en cuestionarios dirigidos a evaluar la calidad de vida, ya que el bienestar subjetivo ha sido de central importancia a la hora de evaluar la calidad de vida de las personas (Campbell, 1976). Estas escalas tienen la gran ventaja de la brevedad en su aplicación, pero han sido criticadas por varios motivos. Por ejemplo McKennell (1974) manifestó que no se podía calcular el término medio de la varianza debida a la expresión verbal específica de un ítem. Ya que es imposible conseguir cálculos de consistencia interna; normalmente el único cálculo de fiabilidad para estas escalas es la fiabilidad temporal, en la cual es difícil separar el cambio real del error de medición. Las escalas de ítem único tienden a ser menos fiables con el tiempo que las escalas de múltiples ítems, aunque la fiabilidad temporal de las medidas de ítem único ha sido moderadamente alta (Stock, Okun, Haring y Witter, 1982). Por ejemplo, una fiabilidad de dos años para la Escalera de Cantril fue de .65 (Palmore y Kivett, 1977), Se obtuvieron un promedio de fiabilidades, con 15 minutos de intervalo entre las dos medidas para la escala de satisfacción Encantado-Terrible (D-T), de .66 y una fiabilidad de .40 con 6 meses de intervalo para la misma medida (D-T).



Para analizar la convergencia de este tipo de escalas con otras medidas de bienestar subjetivo, Andrews y Withey (1976), comprobaron que su medida D-T contiene un 65% de varianza válida. El problema de la validez convergente de las que dan cuenta Andrews y Withey y otros en este área, es que para hallar dicha validez, se basan sólo, desafortunadamente, en medidas muy similares (autoinforme), y los ítems, a veces, son administrados en una entrevista oral y, a veces, en un cuestionario escrito. Por otra parte, las escalas de ítem único normalmente se correlacionan, como sería previsible, con variables externas tales como auto-eficacia, matrimonio y estándar de vida (Andrews y Withey, 1976). Larsen, Emmons y Diener (1983) también presentaron evidencias de la validez de estas medidas. Su convergencia media con otras medidas de bienestar estaba cerca de  $r = .40$ . Evaluaron la validez de constructo midiendo las correlaciones con escalas afectivas positivas (p.ej : la Escala de Bienestar de Tellegen) y escalas afectivas negativas (p.ej : el neuroticismo). Las correlaciones medias de validez basada en un criterio : el estado de ánimo registrado diariamente a lo largo de un período de 6 a 10 semanas, fue de  $r = .34$ . Finalmente, las medidas no parecían estar muy contaminadas por la deseabilidad social.

A pesar de una fiabilidad y validez moderadas, estas medidas adolecen de varios defectos. Entre ellos, la aquiescencia es un problema potencial, porque el ítem está siempre marcado en una dirección, es decir, las puntuaciones tienden a estar desviadas, con la mayoría de las respuestas inclinadas hacia las categorías de felicidad (Andrews y Withey, 1976). Además, no se puede esperar que las escalas cubran todos los aspectos del bienestar subjetivo, sino que se debe confiar en la integración de éstos por parte de los sujetos al llegar a una respuesta única. Las escalas de ítem único no ofrecen una visión sutilmente diferenciada del bienestar subjetivo de una persona. El bienestar subjetivo está compuesto de varios componentes, y la información sobre estos componentes se pierde cuando se utiliza una escala de ítem único. No obstante, la validez y fiabilidad de estas escalas sugieren que son adecuadas si lo que se requiere es una medida muy breve del bienestar global.

## 4. 2.- ESCALAS DE MÚLTIPLES ITEMS

En general, las medidas de múltiples ítems que más frecuentemente se han utilizado en las investigaciones para medir el bienestar tienen una fiabilidad y validez aceptables. La fiabilidad de las medidas de ítem único solo se puede examinar analizando las correlaciones temporales entre las puntuaciones (fiabilidad test-retest). Sin embargo, las escalas de múltiples ítems también tienen un indicador de fiabilidad que sería la consistencia interna de la escala  $\alpha$ . Okun y Stock (1987), hicieron una revisión de las 13 escalas más utilizadas para medir el bienestar subjetivo y encontraron una fiabilidad test-retest media de .80, y una consistencia interna  $\alpha=.87$ .

### 4.2.1.- Escalas dirigidas a la población mayor

Han aparecido escalas de múltiples ítems que están diseñadas específicamente para sujetos de edad avanzada. Estas escalas solo son adecuadas para utilizar con personas mayores, ya que muchos de los ítems hacen referencia específica a la edad y etapa de la vida. Otra característica de las escalas específicas para edad avanzada, es que se incluyen factores de bienestar que no son, hablando estrictamente, medidas de bienestar subjetivo (George, 1979 ; Larson, 1978). Sin embargo estas escalas parecen muy cargadas de contenidos relacionados con el afecto de los informantes y con una evaluación cognitiva de sus vidas. Estas escalas muestran una validez convergente sustancial (Lohmann, 1977 ; Moriwaki, 1974 ). Lohmann informó de una validez convergente media de .65 siendo la Escala de Philadelphia Geriatric Center (PGC) la que parecía funcionar mejor. Kozma y Stones (1980) dieron cuenta de las altas cifras de consistencia interna y de fiabilidad test-retest en la Escala de Felicidad de la Memorial University of Newfoundland (MUNSH). Aunque las escalas fueron diseñadas para medir factores algo diferentes, su alta fiabilidad convergente sugiere una fuerte fuente común subyacente de varianza relacionada con el bienestar subjetivo. Los



investigadores han examinado también la correlación de las medidas obtenidas en estas escalas con valoraciones de felicidad hechas por profesionales (Lawton, 1972 ; Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961). Obtuvieron correlaciones del orden de .55 con las valoraciones. Aunque se han llevado a cabo un buen número de estudios analíticos sobre varias escalas, se conoce poco hasta qué punto están influidas por la aquiescencia, la deseabilidad social y los artefactos.

Por otra parte, Bayés, Barreto y Comas (1997), para evaluar la felicidad en enfermos terminales, les hacían preguntas en relación con su percepción respecto a si el día anterior lo habían considerado corto o largo, justificando el porqué de la respuesta. Se ha incluido esta medida entre las utilizadas con personas mayores, por ser este grupo de edad el más frecuente entre este tipo de enfermos.

El que un investigador utilice estas medidas y otras que pueden ser usadas para todas las poblaciones dependerá del propósito del estudio. Hay escalas que están diseñadas para medir dimensiones generales del bienestar subjetivo en todas las personas ; estas escalas proporcionan información sobre varias dimensiones generales del bienestar subjetivo que no son evaluadas específicamente en la mayoría de las escalas para mayores. Al seleccionar una medida, un investigador debe decidir si el contenido específico de estas escalas dirigidas a los de más edad es un rasgo más deseable que obtener conocimientos de las dimensiones del bienestar subjetivo

#### **4.2.2.- Escalas dirigidas a la población general**

Según Bradburn (1969), la felicidad es un juicio global que hace la gente al comparar su afecto negativo con su afecto positivo. Desarrolló una escala para medir el bienestar emocional. La puntuación de su Escala de Equilibrio de Afectos (ABS) se deriva de restar la suma de ítems negativos de la suma de ítems positivos. En la escala de afecto positivo de Bradburn se pregunta si los informantes, durante las semanas



inmediatamente anteriores, se han sentido, por ejemplo, orgullosos porque alguien hizo un elogio sobre algo que habían hecho y se sentían complacidos por haber llevado algo a cabo. En la escala de afecto negativo se pregunta, por ejemplo, si los informantes se han sentido enfadados a causa de que alguien les criticara, y se han sentido deprimidos o muy infelices. Bradburn llegó a la conclusión de que el afecto positivo y el negativo eran independientes, es decir, que la ausencia del afecto negativo no lleva consigo la presencia de afecto positivo. Esta afirmación levantó una controversia en este campo de estudio, atribuyendo dichas conclusiones a debilidades en la medida utilizada por Bradburn (Brenner, 1975 ; Kozma y Stones, 1980 ; Larsen, Diener y Emmons, 1983). Según estos autores, la escala de equilibrio de afectos (ABS), adolece de las siguientes debilidades : 1) Los ítems referidos al afecto positivo reflejan más fuertemente el contenido de excitación. 2) Hay mucho contenido no afectivo en los ítems. 3) Se mide la simple aparición de sentimientos, no su intensidad o frecuencia. 4) Puede adolecer de un sesgo hacia la aquiescencia en la respuesta, así como a un efecto techo-suelo. Sin embargo, la independencia de ambos tipos de afecto también ha sido comprobada utilizando otras medidas metodológicas (Zevon y Tellegen, 1982 ; Bryant y Beroff, 1982).

No obstante, hay investigadores que encontraron resultados contradictorios con la teoría de la independencia entre los dos tipos de afecto. Así Kammann, Ferrya y Herbison (1982), descubrieron con su escala Afectómetro una correlación media entre el afecto positivo y el negativo de  $-.58$ . Brenner, en 1975, también encontró fuertes correlaciones negativas ( $-.62$  de promedio) entre ambos tipos de afecto. Una explicación a estos hallazgos contradictorios, sería que las escalas utilizadas por Brenner y Kammann medían la frecuencia del afecto positivo y negativo, pero no la intensidad. Si se utiliza una escala que tenga ítems tanto de intensidad como de frecuencia, se medirían los niveles medios del afecto, y los resultados mostrarían una independencia entre los dos tipos de afectos. Finalmente, si se usa una escala como la Medida de Intensidad Afectiva (AIM) de Larsen (1983) que mide, solamente, intensidad

emocional se encontrarán unos resultados que correlacionen fuerte y positivamente el afecto positivo y el negativo. Las personas que tienden a sentir, intensamente, las emociones positivas, también sienten con la misma intensidad las emociones negativas.

Por otra parte, los datos de la escala de Fordyce (1978) sobre la frecuencia de la felicidad indican que esta escala es bastante similar a la D-T de Andrews y Withley (1976) y refleja igualmente la satisfacción cognitiva y el contenido afectivo. Los cálculos de frecuencia de afecto positivo en la escala de Fordyce demostraron tener valideces iguales o superiores a las encontradas en la escala de Bradburn (Larsen, Diener y Emmons, 1983). Fordyce informó de una fiabilidad test-retest, con dos semanas de intervalo, de .86 y con cuatro meses de .67 en su escala combinada.

Los datos favorables del Afectómetro de Kammann y Flett (1983), hacen pensar que ésta merece ser una medida de la frecuencia de los afectos positivo y negativo ampliamente usada. El alto nivel de consistencia interna sugiere que la escala mide realmente la frecuencia unitaria de la dimensión del afecto positivo. Asimismo, tiene una alta convergencia con otras escalas de bienestar subjetivo (una media de .70).

La medida de intensidad afectiva (AIM) de Larsen (1983) evalúa solamente la intensidad emocional, es decir, mide la intensidad de las respuestas afectivas de una persona. Larsen ha demostrado que esta escala posee una estructura monofactorial y tiene una alta correlación con la intensidad de afecto diario y de afecto en momentos emocionales. Larsen, Diener y Emmons (1983) hallaron que la medida de intensidad afectiva mostraba bajas correlaciones con otras medidas de bienestar subjetivo que tienden a reflejar la duración de afecto positivo. No obstante, la AIM se correlacionaba con la subescala de variabilidad de Underwood y Froming (1980), que refleja el cambio de los estados de ánimo de las personas. Usada sola, la AIM identifica a aquellas personas que experimentan la emoción de forma intensa. Los ítems se refieren a la fuerza con que normalmente se sienten diferentes emociones en aquellas ocasiones en



que son experimentadas. En combinación con una medida de duración del afecto positivo, la AIM puede ofrecer una imagen más específica de la vida afectiva de una persona. Aquellos que presentan una alta duración de afecto positivo y una alta intensidad de afecto exhibirán una vida afectiva exuberante y gozosa, mientras que aquellos que expresen una alta duración de afecto positivo, pero una baja intensidad de afecto, experimentarán normalmente contento y serenidad. Aquellos con una alta duración de afecto negativo y una alta intensidad de afecto, experimentarán a menudo depresión u otras fuertes emociones negativas, y las personas con alta duración de afecto negativo y baja intensidad de afecto podrían ser caracterizadas como melancólicas o ligeramente infelices la mayor parte del tiempo.

Otro componente del bienestar subjetivo, es la satisfacción con la vida (Andrew y Withey, 1976). Este componente es una evaluación de juicio cognitiva de la vida de uno mismo. Como tal, puede ser influida indirectamente por el afecto pero no es en sí una medida de emoción. Hay datos que indican diferencias en informes de bienestar subjetivo afectivo y cognitivo y en sus correlatos (Beiser, 1974 ; Campbell y col., 1976 ; Kushman y Lane, 1980). Aunque muchas medidas para las personas de edad avanzada son denominadas escalas de satisfacción con la vida, éstas contienen, además del juicio de satisfacción con la vida, otros elementos (por ejemplo, la entereza). Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1983) han desarrollado la Escala de Satisfacción con la Vida, con ítems que miden la satisfacción global de las personas con sus vidas. Todos los ítems muestran una alta carga factorial sobre un único factor común y la escala tiene una fiabilidad alpha de .87 y una fiabilidad test-retest, con dos meses de intervalo de .82 (Larsen, Diener y Emmons, 1983a).



### 4.3.- ALGUNAS CUESTIONES SOBRE LA MEDICIÓN DEL BIENESTAR SUBJETIVO

Existen varios problemas relacionados con la medición del bienestar subjetivo. En primer lugar, tenemos que considerar que el bienestar es un concepto subjetivo sobre el que, hoy por hoy, no existe un criterio independiente y sobre el que tendríamos que acudir a un concepto de validación intrasubjetiva (Fernández-Ballesteros 1992). Esto conlleva la utilización de varias medidas “subjetivas” (por tanto de autoinforme) a través de las cuales se consigue triangular un concepto de bienestar.

En segundo lugar, ¿hasta que punto la medición está influenciada por el estado de ánimo del sujeto en el momento de cumplimentar la escala? Hay pruebas de que el estado de ánimo momentáneo influye en las respuestas de los sujetos a las preguntas sobre bienestar subjetivo (Schwarz y Clore, 1983). Estos autores encontraron que los estados afectivos momentáneos (por ejemplo, aquellos producidos por el clima) influían en los juicios sobre la felicidad. Este descubrimiento es consistente con la investigación sobre la memoria (por ejemplo, Natale y Hantas, 1982), que demuestra que la gente tiende a recordar acontecimientos pasados que están en consonancia con su afecto actual.

Como hemos comentado en el capítulo 1, la felicidad puede, hasta cierto punto, ser considerada tanto un rasgo como un estado. El rasgo es una predisposición a experimentar ciertos niveles de afecto. Por tanto, debería ser medido de forma tan independiente del estado de ánimo actual como fuera posible. Diener y Larsen (1984) encontraron una cantidad sustancial de consistencia en diferentes situaciones y estabilidad temporal en los niveles medios de afecto de una persona. La satisfacción con la vida fue la variable más consistente y estable de las muchas de que dieron cuenta. No es de extrañar ya que la satisfacción con la vida es una evaluación global de la vida

del individuo, es decir se refiere más al pasado, y, por tanto, los estados momentáneos actuales no la afectan tanto como si se pregunta sobre felicidad que es un sentimiento referido al presente y, por tanto, susceptible de variaciones debidas al estado de ánimo actual.

Un tercer problema trata de la validez de la naturaleza autoinformada de estas medidas. La posibilidad de que las personas puedan ser infelices en cierto nivel, pero por alguna razón se autoetiqueten como felices. Este problema se acrecenta por la ambigüedad que existe en términos como “feliz”.

Ninguna de las escalas muestra grandes efectos en deseabilidad social. Normalmente la correlación con las escalas de sinceridad y deseabilidad social es de alrededor .20 (Larsen, Diener y Emmons, 1983). En una investigación llevada a cabo por Fernández-Ballesteros y Cires (no publicado), tampoco se encontraron correlaciones muy altas entre sinceridad y satisfacción con la vida. Además, las escalas se correlacionan de la forma prevista con medidas de personalidad y muestran una alta validez convergente. Finalmente, es importante resaltar que las medidas de felicidad correlacionan moderadamente con las valoraciones de felicidad de los sujetos, hechas por allegados de los mismos.

Podemos concluir diciendo que las fuentes de error, común a los autoinformes, no parecen afectar a la felicidad autoinformada.

**Tabla 4.1**  
**Escalas de Bienestar Subjetivo**

Autor	Escala	Descripción
Andrews y Withey (1976)	Delighted-Terrible Scale D-T. (Escala de Encantado-Terrible) 1 ítem	A una pregunta sobre “cuán feliz te sientes acerca de lo feliz que eres” el informante elige una de siete respuestas que van desde “encantado” hasta “terrible”
Andrews y Withey (1976)	Life 3 Scale (Escala 3 de Vida) 2 ítems	Bienestar global
Argyle, Martin y Crosland (1989)	Oxford Happiness Inventory, OHI (inventario de felicidad de Oxford). 29 ítems	Sentimiento de felicidad
Bradburn (1969)	Affect Balance Scale, ABS (Escala de equilibrio afectivo. 10 ítems	10 ítems diseñados tanto para medir afecto positivo como negativo
Campbell, Converse y Rodgers (1976)	Index of Well-Being. Index of General Affect (índice de bienestar. Índice de afecto general) 9 ítems	Los sujetos valoran sus vidas sobre nueve escalas de diferencial semántico, como agradable-triste.
Cantril (1965)	Self-Anchoring Ladder. (Escalera) 1 ítem	Una escalera de nueve peldaños está sujeta en la parte de arriba con “la mejor vida para ti” y en la parte de abajo con “la peor vida posible para ti”. El sujeto marca un peldaño.
Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1983)	Satisfaction with Life Scale, SWLS (escala de satisfacción con la vida) 5 ítems	Satisfacción general con la vida. Es adecuada para todas las edades, desde adolescentes hasta adultos
Dupuy (1978)	Inventario general de Bienestar (múltiples ítems, uso general)	Se evalúan siete aspectos específicos del bienestar: satisfacción con la vida, preocupaciones por la salud, estado de ánimo deprimido, adecuación persona-entorno, coping, nivel de energía y stress.
Fazio (1977)	General Well-being Schedule, GWS (inventario de bienestar general) 33 ítems	Bienestar general
Fordyce (1977b)	Cuestionario de felicidad	Los sujetos estiman el porcentaje de tiempo que son felices, infelices y neutros. También incluye una escala de 11 opciones en la que valoran la felicidad general



**Tabla 4.1 (continuación)**  
**Escalas de Bienestar Subjetivo**

Autor	Escala	Descripción
Fordyce (1978)	Psychap Inventory (inventarioauto-descriptivo) múltiples ítems. Uso general.	Se incluyen varias subescalas: felicidad personal conseguida, personalidad feliz, valores y actitudes hacia la felicidad y estilo de vida feliz. Existen dos formas que se correlacionan .95.
Gallup (1976)	Mountain Scale (Escala de la montaña). 1 ítem	Bienestar subjetivo
Gurin, Veroff y Feld	Gurin Scale (Escala de Gurin). 1 ítem	A una pregunta acerca de cómo van las cosas estos días, el informante elige entre "muy felices", "bastante felices" y "no demasiado felices".
Kammann y Flett (1983)	Afectometer 2 (Afectómetro 2) 40 ítems	Mide la frecuencia del afecto positivo y negativo.
Kozma y Stones (1980)	Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (escala MUNSH de felicidad) 24 ítems. Gerontología	Bienestar subjetivo en ancianos. Mide afectos y experiencias positivas y negativas. Aplicable a ancianos
Larsen (1983)	Medida de intensidad de los afectos	Mide la fuerza o intensidad típica de las respuestas afectivas de una persona
Lawton (1975)	PGCMS (múltiples ítems). Ancianos	Una escala de 17 ítems que mide la insatisfacción, la inquietud y la actitud hacia el envejecimiento de uno mismo.
Lawton Moss, Fulcomer y Kleban (1982)	Multilevel Assessment Instrument, MAI (instrumento de evaluación multinivel). 147 ítems	Bienestar general en ancianos
Morris y Sherwood (1975)	PCG-M (15 ítems, ancianos)	Revisión de la PGCMS original

**Tabla 4.1 (continuación)**  
**Escalas de Bienestar Subjetivo**

Autor	Escala	Descripción
Neugarten, Havighust y Tobin (1961)	Life Satisfaction Index. LSI (escalas de satisfacción con la vida) 25, 20 y 12 ítems. Ancianos	Los factores incluyen entusiasmo vs apatía, resolución, entereza y congruencia entre las metas deseadas y logradas
Tellegen (1979)	Cuestionario de personalidad diferencial. Subescala de Bienestar. 21 ítems	Subescala de 21 ítems de un inventario de personalidad de uso general, que mide una combinación de afecto positivo, actitudes positivas y optimismo
Underwood y Moore	Mood (humor, estado de ánimo) 16 ítems. Uso general	Dos subescalas que miden el nivel de placer y la variabilidad o reactividad hedónica
Wood, Wylie y Sheafor (1969)	LSI-Z (múltiples ítems) Ancianos	Revisión de 13 ítems de la LSI

PGCMS = Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Escala moral del Philadelphia Geriatric Center) ; LSI = Life Satisfaction Index (Índice de satisfacción con la vida) MUNSH = Memorial University of Newfoundland Scales of Happiness (Escala de Felicidad de la Memorial University of Newfoundland).

## **CAPÍTULO 5**

### **RESUMEN DE LA PARTE TEÓRICA**



## RESUMEN

Hasta aquí hemos examinado las teorías, correlatos, instrumentos del bienestar subjetivo, así como también nos hemos centrado en el análisis del mismo en personas mayores en general y en contextos específicos como son las residencias de ancianos.

En los últimos años, se ha llegado a la conclusión de que las variables demográficas, solamente, explican una pequeña parte de la varianza del bienestar subjetivo, Wilson pensaba que la persona feliz era aquella que percibía buenos ingresos, joven, educada, religiosa y casada. Sin embargo, en los últimos años se piensa que la persona feliz es aquella que posee un temperamento positivo, tiende a ver las cosas buenas de la vida y no da demasiadas vueltas a los aspectos desagradables, está viviendo en una sociedad económicamente desarrollada, valora las emociones placenteras, tiene relaciones sociales íntimas y posee recursos adecuados para conseguir las metas que se ha propuesto.

De todos modos, aunque se encuentran variables relacionadas con el bienestar, la dirección de la causalidad no está muy clara. Es decir, podemos pensar que el temperamento positivo podría tanto ser el resultado de la felicidad como su causa. Por tanto, harían falta más investigaciones longitudinales para poder determinar la dirección de causalidad de las variables que correlacionan con el bienestar subjetivo.

Las personas mayores están tan satisfechas con sus vidas como las jóvenes. Por tanto, la felicidad parece ser un aspecto estable de nuestra subjetividad, una cualidad relativamente inmune a las vicisitudes de la vida. Los individuos jóvenes felices tienden a ser dichosos y a sentirse realizados en la vejez. Esto no implica que no cambiemos nada en absoluto, pero algunas investigaciones sobre felicidad

se inclinan, en su mayoría, por afirmar que la felicidad es un rasgo y, por tanto, no varía a lo largo de la vida.

La estabilidad de la satisfacción con la vida en las personas mayores sugiere una habilidad de las mismas a adaptarse a las situaciones. Hay investigadores que sugieren que esto demuestra que las personas reajustan sus metas a su edad (Campbell y col., 1976); en las personas mayores se da una menor discrepancia entre las aspiraciones y los logros, y se produce mayor ajuste a la situación. Es un proceso de acomodación a las cosas como son.

Por otra parte también parece existir una relación importante entre la práctica religiosa y el bienestar subjetivo en los ancianos. El miedo a envejecer aumenta con la edad y se halla muy relacionado con un nivel bajo de bienestar subjetivo (Klemmack y Roff, 1984). Igual que sucede con la población general, las personas mayores que están casadas, o nunca lo han estado tienen niveles más altos de bienestar que las separadas, divorciadas o viudas (Wan & Livieratos, 1978; Kutner y col., 1956; Pihlblad & Adams, 1972; Neugarten, Havighust & Tobin, 1961).

Según las últimas investigaciones, existen diferencias significativas en la satisfacción de las personas mayores en función del sexo, Rubio (1998) pudo apreciar cómo son las mujeres las que presentan unos niveles de “insatisfacción” mayores que los hombres, posiblemente porque la mujer mayor tiende a ser evaluada más negativamente que el hombre en términos de “apariencia física”, de “independencia económica”, de “niveles de dependencia”, etc., (Fernández-Ballesteros, 1991), también habría que tener en cuenta que las mujeres viven más años que los hombres, lo que evidentemente hace que el detrimento cognoscitivo y la dependencia debido a la enfermedad sea visiblemente mayor en las mujeres que en los hombres.



En definitiva, parece, que las personas mayores en general, y especialmente aquellas que tienen menos de setenta y cinco años, no están particularmente insatisfechas con la mayoría de sus competencias en la vida. No están faltos de amigos, ni tienen relaciones familiares pobres, ni sueldos inadecuados, ni problemas que encuentren especialmente dolorosos, sino que, aparentemente, otros factores, incluyendo la salud y -quizá- la expectativa de un futuro "breve", la incoherencia, las pérdidas en las capacidades funcionales, etc., producen su desdicha.

Con respecto a la mejor forma de envejecer, no existe un solo patrón por el cual las personas mayores envejecen satisfactoriamente. Ni la teoría de la actividad, ni la de la desvinculación, explican por sí mismas, el envejecimiento satisfactorio. Las personas mayores tienen que adaptarse a los cambios físicos, psíquicos y sociales que se les presentan. Pero no todas las personas se adaptan de la misma forma.

Las personas mayores, que llegado un momento, por diversas circunstancias, tienen que solicitar su ingreso en una residencia de ancianos. emprenden un período que, breve o extenso, saben o temen que es el último y que, en las circunstancias que les ha tocado, les va a suponer también un esfuerzo de socialización suplementario, un nuevo rol al que adaptarse. Así, la entrada en la institución es una ruptura con el medio ambiente material y social, en que discurría la vida de la persona. Por todas estas razones, la vida en una residencia se hipotetiza como una fuente de insatisfacción para sus habitantes, la adaptación a la residencia tendrá que ser difícil para los individuos ya que muchas son las cosas que cambian en la vida de la persona institucionalizada, y adaptarse a esa nueva vida debe ser un problema de tiempo y en el que el éxito dependerá, sobre todo, de factores personales, ya que la capacidad de adaptación de las personas varía en función, sobre todo, de la personalidad y la actitud de las mismas. Además, la



opinión de las personas mayores que viven en la comunidad, con respecto a las residencias de ancianos, es bastante negativa, ya que, para muchos, la residencia todavía se asemeja a los antiguos asilos, lugares fríos, lúgubres y en donde se “aparcaba” a los mayores hasta la hora de su muerte. Las creencias sobre las residencias son los determinantes de las reacciones hacia las mismas. El miedo y la probabilidad de ingreso, son factores determinados por las creencias, sin embargo, variables como el sexo, la educación, la renta, la edad y la salud, no correlacionaron con las puntuaciones obtenidas en las escalas de creencias. Por otra parte, el sexo es una variable de diferenciación ante los temores sobre las residencias. Los hombres temen perder su libertad y las mujeres temen, sobre todo, perder sus actividades. La literatura sobre la utilización de residencias muestra cómo las mujeres tienen mayor probabilidad de ingresar que los hombres.

El principal factor de riesgo de ingreso en una residencia es la **“necesidad”**. Factor que indica que la persona no puede vivir mucho tiempo independiente por su decline en el estado de salud. Típicamente este factor incluye medidas de capacidad funcional. Por ejemplo, actividades de la vida diaria AVD o actividades de la vida diaria instrumentales AVDI. De todas formas, hay factores que permiten decidir a las personas tanto permanecer fuera de la residencia como ingresar en la misma). Otros factores de riesgo que se piensa predisponen a una persona hacia la vida en una residencia, incluyen el aumento de edad, así como nivel de educación, el abandono y la soledad. Las estimaciones separadas para hombres y mujeres sugieren que existen diferentes procesos en la formación de expectativas entre ellos. Las expectativas de los hombres están formadas por el actual estado civil, si están casados, sus expectativas de ingresar en una residencia son menores. Este no es el caso de las mujeres, ya que sus posibilidades de seguir casadas son menores cuando llega el momento de tomar la decisión de ingresar en una residencia, y están más influenciadas en formar sus expectativas por las posibilidades de sus hijos más que por la actual presencia de un esposo. Es interesante, cómo las

mujeres están también influenciadas por sus padres, la entrada en residencias es más probable que sea anticipada cuando uno de los padres ha estado en una residencia.

Sin embargo, aunque la opinión sobre las residencias es muy negativa, Algunos residentes son más felices y están más satisfechos en la institución que fuera de ella. Sobre todo si la situación vital del residente, anterior a su ingreso, era difícil, (sujetos con mala salud, con pocos recursos económicos y que vivían solos), el ingreso en la residencia origina, como consecuencia, una mejoría del estado de ánimo.

En la mayoría de los estudios realizados para analizar la satisfacción con la residencia, los sujetos afirmaron, en una gran proporción, estar satisfechos, tanto con la vida en la residencias como con los servicios que dicha residencia les ofrecía.

Por último, conviene resaltar que las expectativas negativas sobre las residencias suelen verse modificadas al ingreso en las mismas. En general, las personas que antes del ingreso viven solas, manifiestan estar particularmente contentas por la compañía que encuentran en la residencia. Otras atribuyen su satisfacción a sus expectativas negativas sobre la comida, la habitación o su independencia. En todos estos factores, la “realidad” vivida, tras el ingreso, no se corresponde con las expectativas.

**CAPÍTULO 6**  
**ESTUDIO SOBRE SATISFACCIÓN EN PERSONAS MAYORES**  
**QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD**



## 6.1.- INTRODUCCIÓN

Hasta hace pocos años, la Psicología y otras ciencias de la salud, se han dedicado a investigar los problemas o patologías que tenían las personas mayores, poniendo el énfasis en las pérdidas. Podría parecer que hacerse viejo significa, necesariamente, empeorar en todos los sentidos; pero, cuando se pregunta a los mayores por sus vidas, muchos de ellos, aunque se quejen de los achaques propios de la edad, parecen no solo afortunados sino entusiastas. Esto se podría justificar teniendo en cuenta que han aprendido a enfrentarse eficazmente con los cambios desagradables en sus vidas, superándolos, separándose de ellos, ignorándolos o, simplemente comparándose con otros más necesitados. Todo esto ha ocurrido, también, a la vez que la psicología se ha ocupado, predominantemente, de lo “patológico”, lo “anormal”.

Desde una psicología “positiva”, nos interesa conocer cuestiones tan importantes como qué es lo que lleva a los individuos, especialmente a los mayores, a percibir su vida como satisfactoria, y, por tanto, a estar más contentos con sus vidas y a tener una vejez feliz.

En la revisión teórica hemos podido ver que, aunque existen bastantes estudios sobre el bienestar subjetivo dirigidos a la población en general, pocos de éstos se han ocupado en analizar a las personas mayores, siendo éste uno de los segmentos de la población que cada día adquiere mayor volumen e importancia por el aumento de la esperanza de vida, y, como causa, el envejecimiento de la población. Además este grupo de edad tiene unas necesidades muy específicas, por lo que sus fuentes de satisfacción deben ser, también, específicas.

Por otra parte, es importante resaltar que la mayoría de los estudios se han realizado en otros países, por lo que éstos no son siempre generalizables a otros contextos, debido a las diferencias y peculiaridades culturales de cada país.

Además, hemos observado que, en algunos de los estudios sobre los correlatos de la felicidad, los resultados son contradictorios, no quedando claro, muchas veces, qué factores son los que mayor influencia ejercen en la satisfacción de las personas mayores.

Todo esto nos ha llevado a realizar un estudio, originalmente de naturaleza descriptiva, sobre la satisfacción con la vida de las personas mayores, con el objetivo general de averiguar qué factores se ven asociados al bienestar subjetivo en esta etapa de la vida.

## **6.2.- OBJETIVOS**

- 1) Partiendo de distintos indicadores de satisfacción, establecer su fiabilidad y su estructura factorial.
- 2) Establecer qué variables psicosociales están relacionadas con la satisfacción con la vida de las personas mayores de 65 años .
- 3) Analizar, la satisfacción con la vida, en función de distintas variables, sociodemográficas, que nos han parecido, particularmente relevantes, como son la edad, el sexo, el estado civil y el estatus socioeconómico
- 4) Finalmente, en la medida de lo posible, examinar si los datos se ajustan a algún modelo estructural que explique la satisfacción con la vida de las personas mayores a partir de las variables consideradas relevantes.

## **6.3.- MÉTODO**

### **6.3.1.- Sujetos**

La investigación se ha llevado a cabo con un muestra de 507 sujetos, 210 hombres y 297 mujeres, que vivían en la comunidad, mayores de 65 años, (media de edad = 73,87 años) representativos de la población española de esa edad (error muestral de  $\pm 3\%$ ). el 5,7% estaban solteros, el 57,5% casados, el 35,6% viudos, el 0,8% separados o divorciados y el 0,4% vivían en pareja. Por lo que se refiere al nivel educativo, el 9,3% no sabe leer, el 57,9% sabe leer pero no tiene estudios primarios completos, el 25,2 tiene

estudios primarios, el 2,8% tienen bachiller elemental o FP1, el 2,8% BUP, COU o FP2 y solo el 2% han superado estudios de grado medio o superiores. La media total de ingresos mensuales que reciben los sujetos de nuestra muestra ha sido de 1,73, situándose esta categoría entre la "1" (45.000-75000 pts) y la "2" (75.001-100.000 pts).

La muestra de sujetos ha sido obtenida en base a los datos poblacionales del censo de 1991. Esta muestra es proporcional por Comunidades Autónomas, tamaño del habitat, sexo y edad.

### **6.3.2.- Instrumento**

La investigación se ha llevado a cabo a través de una entrevista estructurada mediante el Cuestionario que aparece en el Anexo I. La entrevista tuvo una duración de entre 35 y 55 minutos y los entrevistadores fueron, previamente, entrenados

Dado que la población examinada podía estar afecta de trastornos cognitivos (estado mental deficitario), la primera pregunta del Cuestionario constituía un examen discriminativo del estado mental. Puesto que también nos interesaba tener datos de las personas afectas de este tipo de trastornos -y ya que consideramos que no eran aptas para contestar algunas de las preguntas formuladas- arbitramos que en el caso de que los sujetos presentaran más de 3 errores en el examen del estado mental, un allegado respondiera a todas las preguntas "objetivas" mientras que el sujeto debería responder a todas aquellas "subjetivas" (preguntas que en el Cuestionario aparecen con un asterisco). El número de personas que obtuvieron esta condición ascienden, tan sólo, a 45, es decir un 8.9 por ciento fueron consideradas con probable deterioro intelectual.



### 6.3.3.- Procedimiento

El trabajo de campo ha sido realizado por INTERCAMPO, para un trabajo más amplio sobre calidad de vida (Fernández-Ballesteros; Zamarrón ; Maciá; 1996)

Para la selección de la muestra se siguió el criterio tradicional de las rutas con sistema de **Random barrido** para la selección de vivienda y de **cuotas de edad y sexo** para la selección del entrevistado. Como es habitual en este sistema, se tomó una de cada tres viviendas.

### 6.3.4.- Variables

Las variables que se han tenido en cuenta en la presente investigación, pueden ser divididas en dos grupos: por un lado, las variables sociodemográficas o de clasificación y, por otro lado, las variables psicosociales objeto de estudio que han sido medidas en los sujetos.

Las **variables sociodemográficas** han sido:

- *Edad*. Se ha agrupado a los sujetos en cuatro grupos, según su edad: 65-69, 70-74, 75-79 y 80 y más.
- *Sexo*.
- *Estado civil*. Debido a las categorías de baja frecuencia, hemos fusionado categorías de respuesta, para formar los grupos de estado civil. Así hemos unido a los sujetos casados con los que viven en pareja ya que solo 2 individuos están en dicha condición. Del mismo modo, también, hemos unido a los separados y divorciados. Aunque, al unirlos tampoco hemos conseguido una categoría muy frecuente ya que solo 4 personas pertenecen a la misma. De esta forma, la variable estado civil toma cuatro valores : soltero, casado, separado o divorciado y viudo.

- *Estatus*. Esta variable, construida a partir del nivel educativo y del nivel de renta del entrevistado, está formada por cinco categorías, como son: estatus bajo, medio-bajo, medio, medio-alto y alto.

Las **variables psicosociales** objeto de estudio han sido:

- *La salud*. Para medir esta variable se han tomado distintos indicadores tanto objetivos como subjetivos (ver Cuestionario de la P1 a la 16).
- *Hábitos de salud* (o estilos de vida). En el Cuestionario de la P 17 a la P26.
- *Habilidades funcionales*. En el Cuestionario de la P35 a la P 37.
- *Actividades de la vida diaria y Ocio y tiempo libre*. En el Cuestionario de la P 38 a la P41a.
- *Integración social*. Se han considerado aspectos de tamaño de la red de apoyo y de la satisfacción que producen las relaciones interpersonales. En el Cuestionario de la P27 a la P34.
- *Satisfacción*. Se ha utilizado la versión reducida de la "Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)" de Lawton (1975), utilizada en otros estudios españoles con personas mayores (Montorio, 1994). De los 15 ítems originales, se han extraído 2 para formar dos preguntas independientes. Quedando, finalmente, tres indicadores de satisfacción: La escala formada por 13 ítems P.49 y las dos preguntas independientes sobre satisfacción. La primera de estas preguntas se refiere a la satisfacción con la vida en la actualidad: *Como está de satisfecho con su vida ahora* (P49A) y tiene cuatro categorías de respuesta (*nada, algo, bastante, mucho*) y la segunda, tiene como objetivo analizar la percepción subjetiva que tienen los mayores de su propio envejecimiento: *Según se va haciendo mayor las cosas son para Vd.* con tres categorías de respuesta *mejor, igual o peor* (P49B).
- *Satisfacción ambiental*. Se ha tenido en cuenta la satisfacción con distintos aspectos de la vivienda. P.42

### **Puntuaciones en agregado:**

Dado que en determinadas variables nos interesaba tener una puntuación global de los ítems que las componían, hemos procedido a hallar la puntuación media. Así, por ejemplo, en el caso de la Salud Subjetiva que estaba formada por cinco ítems (P.2; P.3; P.4; P.5; P.6), hemos sumado las puntuaciones de los sujetos en cada ítem y la hemos dividido por 5. Obteniendo, de esta forma, una medida global de Salud Subjetiva. Sin embargo, en el caso del Estado Mental, se ha preferido utilizar la suma en lugar de la media ya que al ser 10 el nº de ítems, el rango posible es de 0 a 10, siendo este rango muy representativo.

Las variables que hemos utilizado en agregado han sido las siguientes:

**Estado mental** (P.1)

**Salud subjetiva** (P.2; P.3; P.4; P.5; P.6)

**Salud objetiva** *Enfermedades* (P.7),

*Dolores* (P.8),

*Medicamentos* (P.9).

**Salud psíquica** (P.16)

**Hábitos de salud:** *Veces que bebe bebidas alcohólicas* (P.18)

*Hábitos alimenticios* (P.21)

**Integración social:** *Frecuencia de relaciones sociales* (P.29).

*Satisfacción con las relaciones sociales* (P.30)

**Habilidades funcionales:** *Dificultades en AVD* (P.37. 6 primeros ítems).

**Actividades:** *Frecuencia* (P.38)

*Satisfacción* (P.39)

**Satisfacción ambiental:** *Satisfacción vivienda* (P.42)

**Satisfacción :** *PGCMS* (P.49).



## 6.4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos han sido sometidos a dos tipos fundamentales de análisis: de un lado, han sido examinados a un nivel exploratorio ; En este primer nivel, se han realizado un análisis de fiabilidad (consistencia interna de Cronbach) de la escala de satisfacción global (PGCMS), un análisis factorial de los elementos de la escala PGCMS, junto con las dos preguntas relativas a la satisfacción, P49A y P49B.

Por otra parte, también se han realizado análisis de correlación entre las variables objeto de estudio y los tres indicadores de satisfacción, así como análisis factorial de dichas variables.

Con objeto de ver cómo afectaban las distintas variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y estatus socioeconómico) a nuestros tres indicadores de satisfacción, se han realizado análisis de comparación de medias en dichas variables. Debido al carácter ordinal de las variables, hemos utilizado la prueba de Kruskal Wallis para estudiar si las variables de clasificación discriminaban en los tres indicadores de satisfacción, y, en el caso de encontrar diferencias significativas, se ha realizado la prueba U de Mann Witney para ver qué grupos eran los que marcaban las diferencias.

Con el fin de examinar posibles fuentes de error, producidas por la posible influencia de alguna de las variables sociodemográficas (p. ej : edad, sexo, estado civil o estatus), en las diferencias obtenidas en las puntuaciones de satisfacción en función de las mismas, hemos controlado las variables que podrían estar ejerciendo un efecto contaminador en los análisis. El procedimiento utilizado ha sido el siguiente :

En primer lugar, se ha realizado un análisis de regresión en el que se han incluido las variables cuyos efectos se quieren controlar, como variables predictoras, y cada una de las preguntas de satisfacción como variables criterio, con el fin de encontrar la varianza error, es decir, que parte de la varianza de cada criterio no está explicada por dichas variables.

Una vez hallada la parte no explicada por las variables demográficas que queremos controlar, hemos sometido a dichas variables relativas a la satisfacción (en las que se ha eliminado la influencia de las variables que hemos querido controlar) a los correspondientes análisis comparativos.

Por otro lado, en un segundo momento, los datos se han examinado a un nivel confirmatorio ; a este nivel, se han analizado diversos modelos parciales, entre las variables latentes, con el objetivo de llegar a un modelo teórico integrado que permita establecer relaciones causales entre nuestras variables objeto de estudio.

Para los análisis exploratorios se ha utilizado el paquete de programas SPSS. Para el análisis confirmatorio, de ecuaciones estructurales, se ha utilizado el programa AMOS

## 6.5.- RESULTADOS

### 6.5.1.- Análisis de fiabilidad de la escala de satisfacción global PGCMS

Como puede observarse, en la Tabla 6.1 se ha realizado un análisis de consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach en la escala de satisfacción con la vida de PGCMS. Se ha obtenido un  $\alpha = .83$ . Además, todos los elementos son consistentes con la escala y no existe ninguno que, al eliminarlo produzca un incremento significativo de la consistencia de la misma. Los índices de consistencia interna de la escala, cuando se elimina el ítem, oscilan entre  $\alpha = .8073$ , correspondiente al ítem *“tengo muchas razones por las que estar triste”* y  $\alpha = .8185$ , correspondiente al ítem *“ahora soy tan feliz como cuando era joven”*

**Tabla 6.1**  
**ANÁLISIS DE FIABILIDAD**

		Media	D. Típica	Casos
1.	SATIS1	1,3458	,4762	454,0
2.	SATIS2	1,4978	,5005	454,0
3.	SATIS3	1,5088	,5005	454,0
4.	SATIS4	1,3722	,4839	454,0
5.	SATIS5	1,5881	,4927	454,0
6.	SATIS6	1,7621	,4263	454,0
7.	SATIS7	1,3877	,4878	454,0
8.	SATIS8	1,6498	,4776	454,0
9.	SATIS9	1,5220	,5001	454,0
10.	SATIS10	1,3767	,4851	454,0
11.	SATIS11	1,5110	,5004	454,0
12.	SATIS12	1,5595	,4970	454,0
13.	SATIS13	1,5903	,4923	454,0
		Media	Varianza	Desviación Típica
		19,6718	12,8258	3,5813
				N de Variables
				13

	Media de la escala si se quita el ítem	Varianza escala si se quita el ítem	Correlación Ítem con la escala total	Alpha si se quita el ítem
SATIS1	18,3260	11,0635	,4848	,8098
SATIS2	18,1740	11,2831	,3843	,8176
SATIS3	18,1630	10,9535	,4896	,8093
SATIS4	18,2996	10,9653	,5074	,8080
SATIS5	18,0837	11,0261	,4758	,8104
SATIS6	17,9097	11,2435	,4900	,8099
SATIS7	18,2841	11,3738	,3690	,8185
SATIS8	18,0220	10,9620	,5173	,8073
SATIS9	18,1498	10,9532	,4902	,8093
SATIS10	18,2952	11,2239	,4205	,8147
SATIS11	18,1608	11,1154	,4375	,8134
SATIS12	18,1123	11,0580	,4601	,8117
SATIS13	18,0815	10,9404	,5045	,8082



### 6.5.2. Análisis factorial de los indicadores de satisfacción

Hemos procedido a realizar un análisis factorial, con todas las variables de satisfacción, es decir, hemos incluido en este análisis no solo los 13 elementos de la escala de satisfacción, PGCMS, sino también las 2 preguntas independientes sobre satisfacción que hemos incluido en el estudio. Una referida a la satisfacción con la vida ahora (14), y la otra sobre percepción del envejecimiento (15). Por tanto, se han introducido 15 elementos en el análisis. (Tabla 6.2).

Se ha realizado un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, para analizar si la estructura factorial resultante se asemejaba a la obtenida en otros análisis. La solución factorial a la que se ha llegado ha sido de 3 factores.

Podemos observar, que los tres factores rotados explican el 49,25% de la varianza total. Sólo hay un elemento ambiguo que no satura en ninguno de los factores (el ítem 10). Por otra parte, también hay dos elementos que saturan en dos factores (el 5, y 7).

El factor 1 explica un 17.09% de la varianza total. Da lugar a la subescala que hemos llamado “*envejecimiento satisfactorio*” ya que en él saturan elementos que reflejan una percepción positiva del envejecimiento (ítems 1,2,4,7,15).

El factor 2 explica un 16.72% de la varianza total. Da lugar a la subescala de “*estado de ánimo positivo*”, ya que todos los elementos que saturan en él se refieren a una forma positiva y optimista de ver la vida. (ítem 5,6,7,8,13,14).

El tercer factor explica un 15.43% de la varianza total. Da lugar a la subescala de “*equilibrio emocional*”, ya que los elementos que lo integran se refieren a comportamientos propios de una persona que no se altera fácilmente, no le quitan el sueño las preocupaciones y no se irrita con facilidad. (ítems 3,5,9,11,12).

**Tabla 6.2 Análisis factorial de los ítems relativos a la satisfacción**

	<u>Componente</u>		
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
1.- A medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí.....	<b>.684</b>	-.009	.250
2.- Tengo tanta energía como el año pasado.....	<b>.556</b>	.212	-.005
3.- Ahora me molestan más las cosas pequeñas que antes.....	.442	-.007	<b>.556</b>
4.- Siento que según me voy haciendo mayor soy menos útil...	<b>.661</b>	.184	.203
5.- A veces estoy tan preocupado que no puedo dormir.....	-.007	<b>.495</b>	<b>.495</b>
6.- A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida.....	.124	<b>.747</b>	.145
7.- Ahora soy tan feliz como cuando era joven.....	<b>.455</b>	<b>.458</b>	-.009
8.- Tengo muchas razones por las que estar triste .....	.175	<b>.742</b>	.147
9.- Me siento más irritable que antes.....	.352	.144	<b>.515</b>
10.- La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil.....	.235	.321	.324
11.- Me tomo las cosas a pecho.....	-.003	.138	<b>.750</b>
12.- Me altero o disgusto fácilmente.....	-.007	.137	<b>.762</b>
13.- Según me voy haciendo mayor, me siento más solo.....	.265	<b>.505</b>	.269
14.- ¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora ?.....	.406	<b>.622</b>	-.009
15.- Según se va haciendo mayor las cosas son para Vd.....	<b>.694</b>	.231	-.007
 AUTOVALOR.....	 2.56	 2.50	 2.31
% VARIANZA EXPLICADA.....	17.09	16.72	15.43

**Método de extracción: Análisis de componentes principales.**

**Metodo de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.**

### 6.5.3.- Análisis correlacional y factorial de las variables objeto de estudio

#### 6.5.3.1. Análisis correlacional

Las relaciones entre la satisfacción y otras variables psicosociales se presentan en la Tabla 6.3. Se ha realizado un análisis correlacional (correlación de Pearson) entre nuestras tres medidas de satisfacción y las variables psicosociales y sociodemográficas que nos han parecido relevantes.

Hemos seleccionado tres variables como principales indicadores de la satisfacción :

- 1) Cuestionario de satisfacción con la vida. "Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS: P49).
- 2) Pregunta directa sobre la satisfacción (P49A) ¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora ?
  - 1.....Nada
  - 2.....Algo
  - 3.....Bastante
  - 4.....Mucho
- 3) La pregunta 49B : Según se va haciendo mayor las cosas son para Vd :
  - 3.....Mejor
  - 2.....Igual
  - 1.....Peor.



Tabla 6.3. Análisis de correlación

VARIABLES	SATISFACCIÓN CON LA VIDA AHORA	SEGÚN SE VA HACIENDO MAYOR	SATISFACCIÓN GLOBAL (PGCMS)
Satisfacción con la vivienda	.213**	.121**	.194**
Satisfacción con la forma en que ocupa su tiempo	.339**	.260**	.363**
Satisfacción con las actividades de la vida diaria	.345**	.353**	.339**
Nivel de estudios alcanzado por el entrevistado	.154**	.145**	.258**
Ingresos mensuales	.196**	.177**	.274**
Vivir solo o acompañado	.181**	.137**	.245**
Frecuencia de relaciones sociales	.137*	.095*	.109*
Satisfacción con las relaciones sociales	.184**	.083	.111
Frecuencia de actividades de la vida diaria	.304**	.331**	.319**
Actividad física	.215**	.187**	.181**
Tiene relaciones sexuales	0	-.056	-.049
Frecuencia de relaciones sexuales	.109*	.256**	.152**
Satisfacción con las relaciones sexuales	.216**	.310**	.326**
Cambio en la apetencia sexual	.225**	.241**	.290**
Considera que puede valerse por sí mismo	.292**	.259**	.314**
Cree Vd. que hace 5 años se valía mejor, = o peor	-.108*	-.096*	-.187**
Cree que dentro de 5 años se valdrá mejor, =, peor	.292**	.387**	.341**
Cree que se vale igual, mejor o peor que los de su edad	.256**	.189**	.254**
Dificultad en la realización de AVD	-.132**	-.115*	-.180**
Práctica religiosa	.001	-.045	-.006
Mal apetito	-.241**	-.149	-.239**
Problemas crónicos de salud	-.288**	-.268**	-.482**
Frecuencia de dolores que padece	-.364**	-.290**	-.539**
Medicamentos (no tomarlos)	.195**	.149**	.350**
Veces que ha visitado al médico en el último año	-.095*	-.112*	-.228**
Salud subjetiva	.525**	.431**	.582**
Problemas psíquicos	-.383**	-.273**	-.564**
Sinceridad	.161**	.120*	.273**
Edad	-.08	-.243**	-.155**
Estatus del entrevistado	.208**	.259**	.367**
Sexo	-.165**	-.157**	-.254**

\*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$

**Tabla 6.3. Análisis de correlación**  
(continuación)

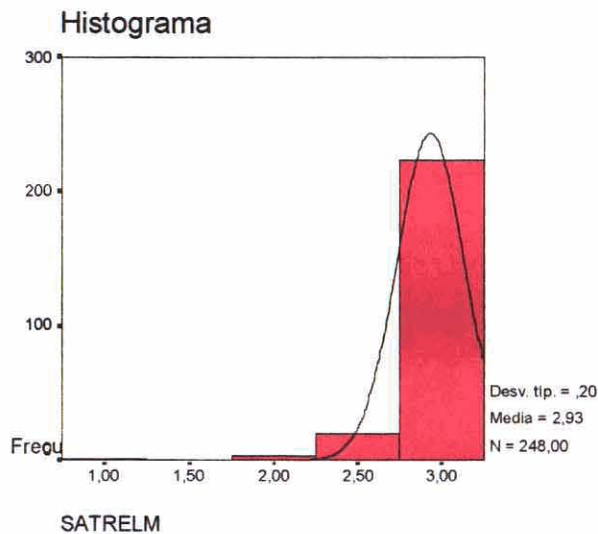
	SATISFACCIÓN CON LA VIDA AHORA	SEGÚN SE VA HACIENDO MAYOR	SATISFACCIÓN GLOBAL (PGCMS)
Hábitos alimenticios	-.021	-.043	-.112*
Frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas	.135**	.176**	.165**
Horas que duerme al día	.114*	-.015	.126**
¿Usa Vd gafas o lentillas ?	.027	.010	.023
Talla	.154**	.026	.184**
Peso	.124**	.086	.112*
¿Fuma o ha fumado ?	-.137**	-.147**	-.180**
¿Cuántos cigarrillos fuma o ha fumado ?	.079	.010	.130
Nº de visita en que se realiza la entrevista	.046	.022	.048
Tamaño de la localidad	.058	.068	.065

p<.05 ; \*\* p<.01

Como podemos observar en la Tabla 6.3, prácticamente, todas las variables que, teóricamente, tenían que tener relación con los indicadores de satisfacción, en mayor o menor medida ( $p<.01$  o  $p<.05$ ), aparecen con correlaciones significativas. No obstante, aunque las variables relativas a la satisfacción con las relaciones sociales y a la religiosidad de los sujetos, tienen un gran respaldo teórico como factores influyentes en el bienestar psicológico de las personas mayores, según nuestros datos, no parece que estén muy relacionadas con la satisfacción de los mismos, ya que, la satisfacción con las relaciones, solo está relacionada con la pregunta sobre satisfacción con la vida en la actualidad ( $p<.01$ ), y, por lo que se refiere a la religiosidad de los sujetos, no

aparece relación significativa con ninguno de los tres indicadores de satisfacción propuestos.

Hemos realizado un análisis descriptivo de la pregunta relativa a la satisfacción con las relaciones, con el fin de examinar la distribución de las puntuaciones en dicha variable. Efectivamente como se puede ver en el siguiente histograma, la moda de dicha pregunta ha sido 3 (correspondiente a la categoría satisfecho) y la mayoría de los sujetos (93%) han utilizado la categoría más alta, es decir la 3 en sus respuestas. Lo cual puede ser la causa de que esta pregunta no discrimine a los sujetos en su satisfacción.



Por otra parte, las variables relativas a la salud, son las más significativas, tanto las que se refieren a la salud subjetiva o a la salud psíquica, como las que se refieren a la salud, llamada, objetiva (*problemas crónicos y frecuencia de dolores*) de los mismos.



Lo mismo ocurre con las variables relativas a las actividades, tanto actividad física, como actividades de ocio y tiempo libre están fuertemente relacionadas con los tres indicadores de satisfacción.

Las habilidades funcionales, sobre todo, las que se refieren a la percepción subjetiva de las mismas, también, correlacionan significativamente con los tres indicadores de satisfacción. Sin embargo, la dificultad en la realización de actividades de la vida diaria, aunque correlaciona significativamente con las tres variables de satisfacción, presenta una relación más moderada que la obtenida por los indicadores más subjetivos de funcionalidad.

En la misma línea, la satisfacción con la vivienda, el vivir sólo o en compañía, y la frecuencia de relaciones, también, parecen tener una relación significativa con nuestros indicadores de satisfacción.

Por lo que se refiere a los estilos de vida, ya hemos comentado, anteriormente, que la actividad física está relacionada con la satisfacción, así como también el tener problemas de apetito.

Con respecto a la conducta sexual, el mantener o no relaciones sexuales, no parece estar relacionado con la satisfacción, pero sí están, significativamente, relacionados, con los tres indicadores de satisfacción, tanto la satisfacción con las relaciones sexuales como la modificación de la apetencia sexual.

Por último, hemos incluido en este análisis la variable sinceridad, con objeto de analizar posibles fuentes de error y, por tanto, valorar la naturaleza autoinformada de las tres medidas utilizadas sobre satisfacción. Las correlaciones encontradas apuntan en la dirección de a mayor insinceridad una más alta satisfacción.

Por otra parte, contra lo esperado, han sido varias las variables que en teoría no tendrían que tener ninguna relación con los indicadores de satisfacción que, sin embargo, la tienen. Así vemos como varios indicadores de estilos de vida, y, sobre todo, la frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas, el fumar o haber fumado regularmente y las horas que los individuos duermen al día, así como el peso y la talla, están relacionados, positivamente, con satisfacción.

Sin embargo, y como era de esperar, ni el usar gafas ni el número de cigarrillos que fuma o ha fumado, ni el número de visita en que se realizó la entrevista, ni, tampoco, el tamaño de la localidad en la que viven los individuos, arrojan significación alguna con ninguno de los tres indicadores de satisfacción.

#### **6.5.3.2.- Análisis factorial**

Una vez que hemos visto, tras efectuar las correlaciones oportunas, las variables que están relacionadas con los tres indicadores de satisfacción elegidos, vamos a estudiar cómo se comportan dichas variables factorialmente. Para ello, hemos realizado un análisis factorial de componentes principales con rotación oblimín. Hemos optado por la rotación oblimín, para analizar la posible relación entre los factores. En la Tabla 6.4, se presentan los resultados obtenidos en dicho análisis.

Como puede observarse, el análisis ha dado lugar a 5 factores rotados que corresponden a 5 áreas que teóricamente tienen que estar relacionadas con el bienestar subjetivo de las personas mayores. Salud, actividad/funcionalidad, estatus socioeconómico, satisfacción y red social. Estos 5 factores explican el 60% de la varianza total. Estos factores correlacionan entre sí, siendo las correlaciones más altas las halladas entre el factor de “salud ” y el de “satisfacción” (.334), así como también entre “salud” y actividad/funcionalidad (-.325). Veamos más detalladamente este análisis factorial

Tabla 6.4. Análisis factorial de los elementos del estudio

	F1	F2	F3	F4	F5
Satisfacción con aspectos de la vivienda	-.052	-.054	-.054	<b>.706</b>	-.121
Satisfacción con la forma en que ocupa su tiempo	.269	-.301	-.042	<b>.650</b>	-.358
Satisfacción con las actividades que realiza	.365	<b>-.857</b>	.307	.326	-.153
Frecuencia en la realización de actividades	.337	<b>-.889</b>	.250	.249	-.133
Actividad física	.284	-.244	-.086	.123	<b>-.544</b>
Nivel de educación del entrevistado	.234	-.460	<b>.594</b>	.139	-.068
Ingresos mensuales del entrevistado	.151	-.015	<b>.796</b>	.149	-.043
Vivir solo o acompañado	.117	.178	<b>.517</b>	.208	<b>-.534</b>
Frecuencia de relaciones	-.053	-.087	-.252	-.072	<b>-.559</b>
Cambios en la apetencia sexual	.278	-.250	.260	.252	<b>-.660</b>
Percepción de las habilidades funcionales	.275	<b>-.740</b>	-.240	.264	-.271
Dificultad en la realización de AVD	-.293	.595	.159	-.040	.173
Problemas crónicos	<b>-.868</b>	.302	-.090	-.274	.133
Dolores	<b>-.867</b>	.376	-.124	-.300	.111
Medicamentos	<b>.734</b>	-.220	.104	.175	-.207
Salud subjetiva	<b>.679</b>	-.362	.289	.482	-.058
Salud psíquica	<b>-.565</b>	.131	-.083	<b>-.645</b>	.192
Satisfacción global (PGCMS)	<b>.675</b>	-.314	.294	<b>.682</b>	-.191
Satisfacción con la vida en la actualidad	.378	-.273	.313	<b>.692</b>	-.119
Satisfacción con el envejecimiento	.463	-.211	.200	<b>.614</b>	-.037
AUTOVALOR	3.177	2.784	2.645	1.838	1.511
% VARIANZA EXPLICADA	15.9	14	13.3	9.2	7.5

El primer factor explica el 15.9% de la varianza total. Se le ha denominado “salud”, ya que en él saturan todos los ítems relativos a la salud de los individuos, tanto desde el punto de vista objetivo (problemas crónicos, dolores, medicamentos) como subjetivo (percepción de salud) como psíquico (salud psíquica). Así como también en este factor satura la escala sobre satisfacción global (PGCMS).



El segundo factor explica el 14% de la varianza total. Se le ha llamado "*actividad/funcionalidad*", puesto que en él saturan los elementos relativos a las actividades que realizan los sujetos, tanto desde el punto de vista de la frecuencia como de la satisfacción en la realización de las mismas, como a la funcionalidad de los individuos, tanto referida a la percepción que tienen sobre sus habilidades funcionales como a las dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria.

El tercer factor explica el 13.3% de la varianza total. Se le ha dado el nombre de "*estatus*". En él saturan los ingresos mensuales y el nivel de educación de los individuos.

El cuarto factor explica el 9.2% de la varianza total. Hemos llamado a este factor "*satisfacción*", ya que todos los elementos que saturan en él se refieren a satisfacción. Por tanto, están incluidos en este factor, los tres indicadores de satisfacción, así como también la satisfacción con la vivienda y con la forma en que los sujetos ocupan su tiempo.

El quinto factor explica el 7.5% de la varianza total. Le hemos llamado "*red social*", ya que los elementos que lo integran se refieren a vivir solo o acompañado, frecuencia de relaciones sociales, apetencia sexual o actividad física.

#### 6.5.4.- Comparación de medias de los tres indicadores de satisfacción en función de las variables sociodemográficas

Hemos realizado comparaciones, en función de las variables de clasificación (edad, sexo, estado civil y estatus socioeconómico), en las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las tres variables que hemos utilizado como indicadores de la satisfacción : es decir, tanto a través de una puntuación en agregado del instrumento utilizado (PGCMS), como a través de la pregunta sobre la satisfacción en la actualidad (*grado de satisfacción con la vida ahora*), como, también, a través de la pregunta relativa a la percepción del envejecimiento (*las cosas con el paso del tiempo son peores, iguales, o mejores que antes*).

##### La edad

Si analizamos la pregunta en agregado de satisfacción (Tabla, 6.5), encontramos diferencias significativas en función de la edad, ( $\chi^2 = 14.75$ ,  $P=.002$ ), pero, tras realizar las correspondientes pruebas post hoc (U de Mann Withey), estas diferencias se deben al grupo más joven, es decir, son los sujetos de 65-69 años los que están significativamente más satisfechos que todos los demás ( $z = -2.634$ ;  $p=.008$ .  $z= -2.483$ ;  $p=.013$ .  $z=-3.462$ ;  $p=.001$  respectivamente) no existiendo diferencias significativas entre los otros grupos de edad. Del mismo modo, cuando analizamos la pregunta relativa a la percepción que los sujetos tienen sobre su envejecimiento, vemos que también hay diferencias significativas en función de la edad ( $\chi^2 = 27.71$ ;  $p=.000$ ). Después de estudiar entre qué grupos de edad había diferencias, hemos encontrado, de nuevo, que las personas más jóvenes son, significativamente, más optimistas respecto al futuro con respecto a todos los demás grupos de edad ( $z= -2.03$  ;  $p=.042$ .  $z= -3.26$  ;  $p=.001$ .  $z= -5.03$  ;  $p = .000$  respectivamente). Por otra parte y por lo que se refiere a la

satisfacción con la vida en la actualidad, cuando analizamos esta variable en función de la edad, no aparecen diferencias significativas.

**Tabla 6.5**  
**Distintos indicadores de satisfacción**  
**en función de la edad**

		Total	EDAD			
			65-69	70-74	75-79	80 ó +
<b>Satisfacción global (PGCMS)</b>	N	454	153	115	92	94
	DT	0,25 *	0,28	0,26	0,26	0,25
	M	<b>1,51</b>	<b>1,57</b>	<b>1,49</b>	<b>1,49</b>	<b>1,45</b>
<b>Satisfacción con la vida ahora</b>	N	504	170	124	100	110
	DT	0,79	0,72	0,86	0,75	0,81
	M	<b>2,82</b>	<b>2,95</b>	<b>2,78</b>	<b>2,74</b>	<b>2,73</b>
<b>Según se va haciendo mayor, las cosas son para Vd. mejor, igual o peor (3-1)</b>	N	499	167	122	101	109
	DT	0,62 *	0,64	0,64	0,57	0,51
	M	<b>1,54</b>	<b>1,71</b>	<b>1,57</b>	<b>1,46</b>	<b>1,33</b>

\*\* Diferencias significativas a nivel de probabilidad < 0,01

\*\*\* Diferencias significativas a nivel de probabilidad < 0,001

Para controlar que las diferencias halladas se deben a la edad y no a cualquier otra de las variables sociodemográficas, hemos sometido a los datos a un nuevo análisis en el que se han eliminado el efecto que pudieran ejercer, en las medidas de satisfacción, el sexo, el estado civil y el estatus socioeconómico. El procedimiento utilizado se detalla en el punto correspondiente al análisis estadístico (6.4).



Los análisis realizados arrojan unos resultados muy diferentes a los obtenidos en los análisis en los que no utilizamos control alguno de variables. Ya que las diferencias que entonces fueron significativas ahora no lo han sido, es decir, al controlar el sexo, estado civil y estatus de los individuos, no hay diferencias significativas en ninguna de las tres variables de satisfacción analizadas, debidas a la edad.

### El sexo

Como se puede observar en la Tabla 6.6,. Los hombres están, significativamente, más satisfechos que las mujeres, tanto en sus respuestas a la pregunta en agregado como a la pregunta directa sobre satisfacción con la vida ( $z=-5.33$  y  $z=-3.7$  respectivamente ;  $p=.000$ ). Asimismo, los hombres perciben su envejecimiento de forma más positiva que las mujeres ( $z=-3.02$  ;  $p=.002$ ).

**Tabla 6.6**  
**Distintos indicadores de satisfacción**  
**en función del sexo**

		Total	SEXO	
			varón	mujer
Satisfacción global (PGCMS)	N	454	192	262
	DT	0,25	0,25	0,27
	M	1,51	1,59	1,45
Satisfacción con la vida ahora	N	504	210	295
	DT	0,79	0,72	0,81
	M	2,82	2,97	2,71
Según se va haciendo mayor, las cosas son para Vd. mejor, igual o peor (3-1)	N	499	206	294
	DT	0,62	0,68	0,56
	M	1,54	1,66	1,46

\*\* Diferencias significativas a nivel de probabilidad < 0,01

\*\*\* Diferencias significativas a nivel de probabilidad < 0,001

Hemos hecho con la variable sexo, lo mismo que hicimos en los análisis relativos a la edad con respecto a las posibles fuentes de error por la influencia de otras variables sociodemográficas en las medidas de satisfacción utilizadas. En este caso, las variables sociodemográficas que hemos controlado han sido, la edad, el estado civil y el estatus socioeconómico. El procedimiento seguido ha sido el mismo que utilizamos en los análisis relativos a la edad, y los resultados, también en este caso, han cambiado con respecto a los obtenidos en los análisis en los que no hemos tenido en cuenta el efecto de otras variables sociodemográficas. Así hemos encontrado que no existen diferencias

significativas en función del sexo en ninguna de las medidas de satisfacción utilizadas cuando se controla la edad, el estado civil y el estatus socioeconómico.

#### El Estado civil :

Como puede observarse en la Tabla 6.7, el estado civil discrimina muy significativamente ( $p < .000$ ) en los tres indicadores de satisfacción. Con respecto a la pregunta en agregado de satisfacción (PGCMS), los casados y solteros están más satisfechos que los viudos y separados ( $\chi^2 = 43,59$  ;  $p = .000$ ). Por lo que se refiere a la pregunta directa sobre satisfacción con la vida en la actualidad, vemos como, son las personas casadas las que están, significativamente, más satisfechas con su vida ( $\chi^2 = 24,3$  ;  $p = .000$ ), siendo significativas las comparaciones entre casados y viudos y casados y separados ( $z = -3,95$  ;  $p = .000$ .  $z = -3$  ;  $p = .003$  respectivamente). Por otra parte, con respecto a la percepción que los individuos tienen sobre su envejecimiento, son los viudos los más pesimistas con respecto al futuro ( $\chi^2 = 20,23$  ;  $p = .000$ ), difiriendo significativamente de los casados y solteros ( $z = -4,27$  ;  $p = .000$  ;  $a = -2,59$  ;  $p = .009$  respectivamente).



**Tabla 6.7**  
**Distintos indicadores de satisfacción**  
**en función del estado civil**

		Total	ESTADO CIVIL			
			SOLTERO	CASADO	SEPARADO	VIUDO
<b>Satisfacción global (PGCMS)</b>	N	454	24	263	4	63
	DT	0,25	0,33	0,25	0,17	0,26
	M	1,51	1,57	1,57	1,25	1,4
<b>Satisfacción con la vida ahora</b>	N	504	29	294	4	178
	DT	0,79	0,81	0,74	0,5	0,81
	M	2,82	2,66	2,95	1,75	2,65
<b>Según se va haciendo mayor, las cosas son para Vd. mejor, igual o peor (3-1)</b>	N	499	27	291	4	178
	DT	0,62	0,49	0,65	1	0,54
	M	1,54	1,63	1,63	1,5	1,38

\*\*\* Diferencias significativas a nivel de probabilidad < 0,001 según análisis de varianza.

Con respecto a los análisis de comparación de medias de las medidas de satisfacción en función del estado civil y, tras controlar otras variables sociodemográficas como son la edad, el sexo y el estatus socioeconómico, hemos podido comprobar que, aún con los controles efectuados, continúa habiendo diferencias significativas, aunque a un nivel de probabilidad mayor, en función del estado civil en la pregunta global sobre satisfacción ( $\chi^2 = 10.15$  ;  $p < .01$ ), así como también en lo relativo a la satisfacción con la vida en la actualidad ( $\chi^2 = 7.8$  ;  $p < .05$ ). Sin embargo, por lo que se refiere a la percepción que los sujetos tienen sobre su envejecimiento, variable en la

que discriminaba el estado civil, cuando hemos controlado los efectos de otras variables sociodemográficas, el estado civil ha perdido su poder discriminativo.

#### El estatus socioeconómico

Como puede observarse en la Tabla 6.8, se han encontrado diferencias significativas en todas las variables utilizadas para medir la satisfacción de los sujetos, en función del estatus de los mismos. Así, tanto cuando analizamos la pregunta, en agregado, como la pregunta directa sobre la satisfacción con la vida en la actualidad, la satisfacción de los sujetos aumenta, a medida que el estatus aumenta también ( $\chi^2=56.026$  y  $\chi^2=22,18$  respectivamente;  $p<.000$ ). Asimismo, y con respecto a la percepción que tienen los sujetos sobre su envejecimiento, son los sujetos de estatus medio-alto los más positivos, existiendo diferencias significativas entre ellos y los de estatus bajo, medio-bajo y medio ( $z=-5,06$  ;  $p=.000$ .  $z= -4,8$  ;  $p= .000$ .  $z= -2,76$  ;  $p=.006$  respectivamente).

**Tabla 6.8**  
**Distintos indicadores de satisfacción**  
**en función del estatus**

		Total	ESTATUS				
			Bajo	M/bajo	Medio	M/alto	Alto
Satisfacción global (PGCMS)	N	454	64	122	120	75	16
		*					
	DT	0,25	*	0,25	0,24	0,26	0,27
		*					
	M	1,51	1,34	1,47	1,52	1,63	1,78
Satisfacción con la vida ahora	N	504	69	139	136	79	17
		*					
	DT	0,79	*	0,8	0,75	0,68	0,87
		*					
	M	2,82	2,49	2,78	2,92	2,96	3,18
Según se va haciendo mayor, las cosas son para Vd. mejor, igual o peor (3-1)	N	499	70	137	136	78	15
		*					
	DT	0,62	*	0,53	0,59	0,64	0,61
		*					
	M	1,54	1,33	1,42	1,6	1,83	1,73

\*\*\* Diferencias significativas a nivel de probabilidad < 0,001

También, en este caso, hemos procedido a realizar los análisis comparativos controlando distintas variables sociodemográficas como son la edad, el sexo y el estado civil. Después de realizar estos análisis, hemos podido comprobar que el estatus socioeconómico sigue siendo bastante diferenciador con respecto a la satisfacción de los sujetos. Sobre todo por lo que se refiere a la pregunta global sobre satisfacción y a la pregunta sobre la percepción sobre el envejecimiento ( $\chi^2=31.56$  y  $\chi^2=9.55$  ;  $p<.000$  y  $p<.05$  respectivamente). Sin embargo, el estatus ha perdido su poder de discriminación por lo que se refiere a la satisfacción con la vida en la actualidad, cuando se han controlado otras variables sociodemográficas.



### 6.5.5 Modelo estructural

En la literatura científica de los últimos años, cuando se utilizan análisis basados en ecuaciones estructurales se suele presentar, en la Introducción, el modelo que se pretende probar. Sin embargo, también, frecuentemente, los investigadores ajustan la Introducción, y, por tanto, el modelo teórico de partida, al modelo estructural empírico hallado, y no, como se dice, “viceversa”. Nosotros, cuando empezamos esta investigación, partimos de una posición descriptiva (dentro de la óptica del descubrimiento), fueron los resultados de los análisis realizados, los que nos llevaron a contemplar la posibilidad de que nuestros datos pudieran ajustarse a un modelo teórico. Pero, al iniciar una ruta explicativa (desde la óptica de la contrastación), también hemos caminado con cautela empírica. Así, hemos partido de modelos parciales que explicasen relaciones simples entre variables para, de esta forma, tener indicios o pistas que nos llevasen a un modelo integrado. Por supuesto, las variables que hemos ido incluyendo en los modelos parciales son aquellas que además de tener un respaldo teórico, presentaron correlaciones, significativas, con los tres indicadores de satisfacción propuestos.

En primer lugar, vamos a comenzar por estudiar los efectos de la salud sobre la satisfacción, ya que es éste uno de los aspectos que, en teoría, parece determinar el bienestar en las personas mayores.

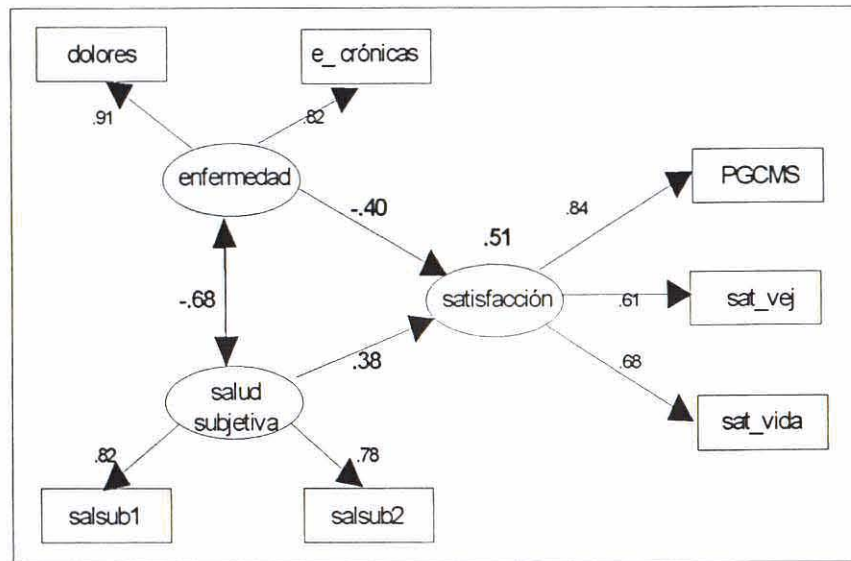
Hay que decir, que no se ha incluido en este modelo parcial la salud psíquica ya que la escala utilizada para medir salud psíquica, está compuesta por elementos que miden, sobre todo, tristeza, depresión y angustia. Es tan obvio que la tristeza es lo opuesto a la alegría y la depresión lo opuesto a la felicidad, que intentar explicar la felicidad mediante la depresión, la tristeza o la angustia, nos parece del todo tautológico. Es por tanto, más interesante, intentar buscar relaciones entre variables que

no impliquen exactamente lo mismo ni exactamente lo opuesto que lo que se intenta explicar, como sería el caso.

Por tanto, vamos a analizar dos factores de salud. Uno de salud objetiva que lo hemos llamado “enfermedad” con dos indicadores : *frecuencia de dolores padecidos* y *número de enfermedades crónicas* y otro de percepción de salud, que lo hemos llamado “salud subjetiva”, con otros dos indicadores : *¿Cómo diría que ha sido su salud en los últimos doce meses ?* y *la satisfacción con el estado actual de salud*. Estos dos factores, teóricamente, además de correlacionar entre sí, tendrían que explicar, en mayor o menor medida, la satisfacción de los sujetos.

En efecto, como puede observarse en la fig. 6.1, ambos tienen una correlación, como es lógico negativa, de -0,68, es decir, a mejor salud subjetiva menos enfermedades y dolores y viceversa, y ambos ejercen un efecto significativo ( $p < .01$ ) en el factor de satisfacción. Como es lógico, el efecto que ejerce la enfermedad es negativo y de -0,40, y el que ejerce la salud subjetiva es positivo 0,38. También podemos ver que la varianza de satisfacción explicada por los dos factores de salud es de 0,51. Este modelo, tiene un coeficiente de determinación  $\chi^2 = 17.461$ , con 11 grados de libertad y una  $p=0,095$  ; GFI = .979 ; AGFI = .948. Luego el modelo es satisfactorio y se ajusta a los datos.

**Fig. 6.1. Modelo del efecto de la enfermedad y la salud sobre la satisfacción**



Otro factor relevante en la satisfacción de las personas mayores, parece ser, la funcionalidad de las mismas; variable ésta, también relacionada con las variables de salud. Por tanto hemos probado un modelo parcial intentando integrar los efectos de la salud y las habilidades funcionales en la satisfacción.

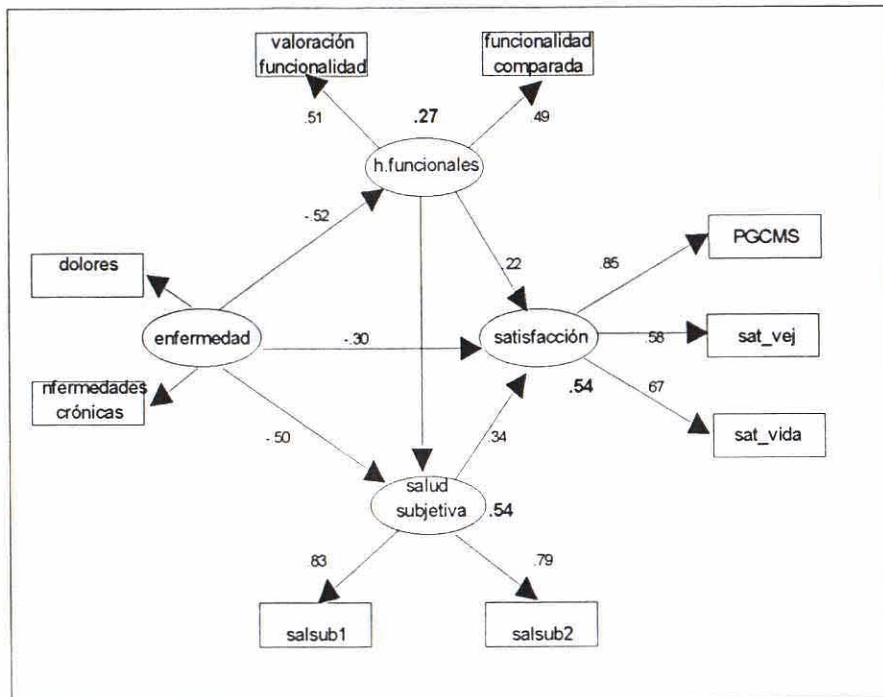
El factor de habilidades funcionales está explicado por dos indicadores : “¿Considera Vd que puede valerse por sí mismo totalmente, bastante bien, bien, regular o mal ?”, y “¿Cree Vd. que se vale por sí mismo mejor, igual o peor que las personas de su edad ?”.

En la fig. 6.2 se presenta el modelo parcial sobre los efectos de la salud y la funcionalidad en la satisfacción. El modelo no es satisfactorio ya que el índice de bondad de ajuste  $\chi^2 = 57.69$  ;  $p = .000$ . Además el efecto de la funcionalidad en la



satisfacción 0,22, es el único que no es significativo. Por tanto, parece que el incluir en el modelo las habilidades funcionales es lo que produce un inadecuado ajuste.

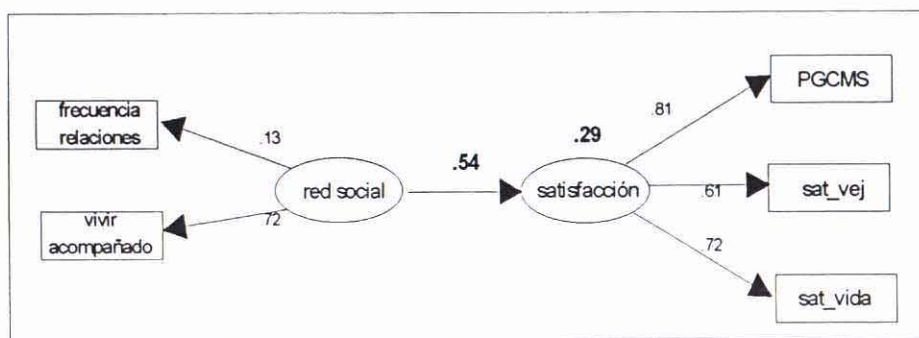
**Fig. 6.2. Modelo de los efectos de la salud y las habilidades funcionales en la satisfacción**



Por otra parte, aunque, en los análisis correlacionales, la satisfacción de las relaciones sociales no hayan tenido una correlación significativa con las variables de satisfacción, hemos encontrado dos indicadores de “red social” que sí son significativos, *el vivir solo o acompañado*, y la *frecuencia de las relaciones* que tiene el sujeto. Estos dos indicadores juntos explicarían el factor subyacente de red social que, hipotéticamente, debería ejercer un efecto directo en el factor de satisfacción.

Efectivamente, en la fig. 6.3 puede observarse como existe un efecto significativo de 0,54 ( $p < .05$ ) de la red social sobre la satisfacción. También podemos observar en este modelo parcial que la red social explica el 29% de la varianza de la satisfacción. El índice de bondad de ajuste encontrado es  $\chi^2 = 4.69$  con 4 grados de libertad ;  $p = 0,32$  ;  $GFI = .992$  ;  $AGFI = .972$ . Por tanto, todos los índices de bondad de ajuste indican que el modelo es satisfactorio.

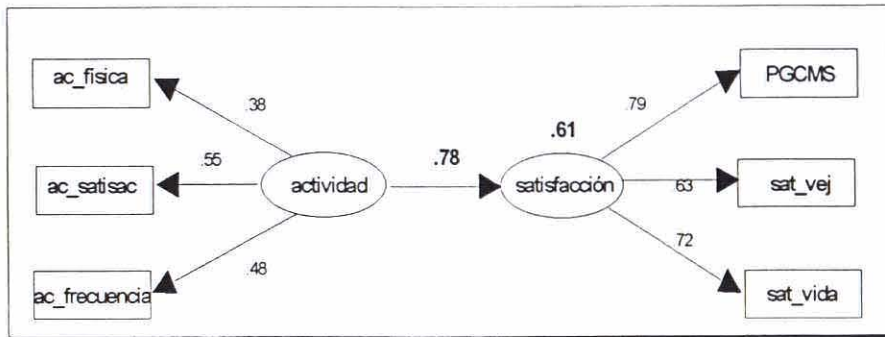
**Fig. 6.3 Modelo del efecto de la red social en la satisfacción**



Por otra parte, la investigación soporta que, tanto la actividad física como las actividades de ocio y tiempo libre, son aspectos importantes en la satisfacción de las personas mayores. Por tanto, hemos efectuado un modelo parcial para ver el efecto directo que tiene el factor actividad (subyacente a los indicadores de *actividad física*, *frecuencia de actividades de ocio* y *satisfacción con las actividades*) en el factor satisfacción.

Como podemos observar en la fig.6.4, la actividad ejerce un efecto directo importante de 0,78 ( $p < .01$ ) en el factor de satisfacción. Además explica el 61% de la varianza de dicho factor. Los índices de bondad de ajuste de este modelo parcial han sido muy satisfactorios :  $\chi^2 = 10.107$  con 8 grados de libertad ;  $p = 0,258$  ;  $AGFI = .963$  ;  $GFI = .986$ .

Fig . 6.4. Modelo del efecto del factor actividad en el factor satisfacción

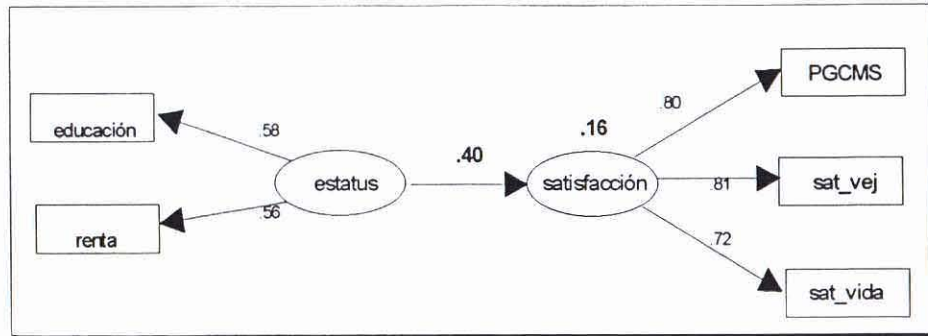


Por otra parte, hay mucha literatura contradictoria sobre si “el dinero” y el estatus socioeconómico son fuentes de felicidad. Por esta razón hemos analizado si el factor estatus, con dos indicadores : *ingresos mensuales* y *nivel de educación*, ejerce influencia directa en la satisfacción de las personas mayores.

En la fig. 6.5 se puede observar que, aunque el estatus ejerce un efecto significativo ( $p < .05$ ) de 0,40, solo explica el 16% de la varianza de la satisfacción. Además tiene un coeficiente de determinación  $\chi^2 = 10.253$  con 4 grados de libertad ;  $p = 0,038$ . Por tanto, este modelo parcial no se ajusta a los datos.



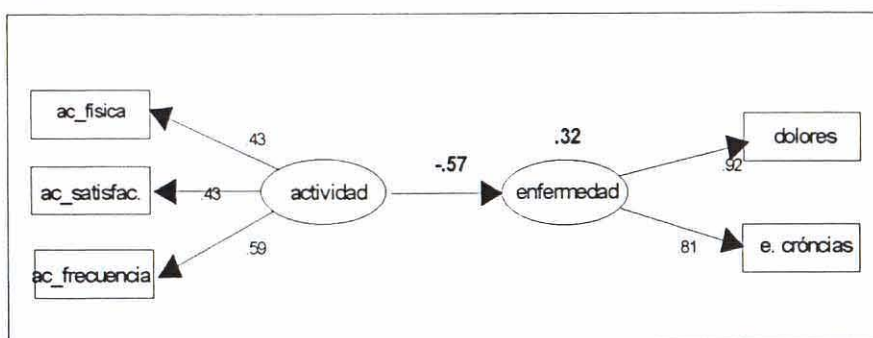
**Fig. 6.5. Modelo del efecto del estatus en la satisfacción**



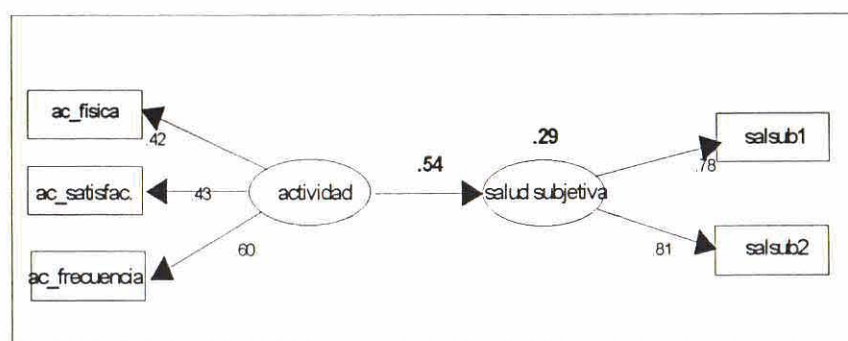
Hasta aquí hemos visto los efectos directos que tienen los factores considerados relevantes en la satisfacción de las personas mayores. Vamos ahora a analizar los posibles efectos indirectos, con objeto de descubrir posibles factores endógenos. Es posible que la salud sea un factor modulador de la actividad. Es decir, que la actividad ejerza un efecto directo y positivo en la salud subjetiva y posiblemente, también, pero esta vez negativo en la enfermedad.

En la fig.6.6 se puede observar el efecto directo de -0,57 que sobre la enfermedad tiene la actividad, así como la varianza que la actividad explica de la enfermedad (32%) . Asimismo en la fig. 6.7 vemos como la actividad ejerce un efecto también significativo en la salud subjetiva de 0,54 y explica un 29% de la misma. Tanto el modelo parcial representado en la Fig. 6.6 como el de la fig. 6.7 tienen unos coeficientes de determinación satisfactorios.  $\chi^2=3.73$  con 4 grados de libertad ;  $p=0,444$ . GFI=.994 ; AGFI =.978. y  $\chi^2= 8.068$  con 4 grados de libertad ;  $p=0,391$  GFI=.987; AGFI=.951, respectivamente. Por tanto, aceptamos la hipótesis de que los datos se ajustan a los modelos.

**Fig. 6.6. Modelo del efecto de la actividad en la enfermedad**



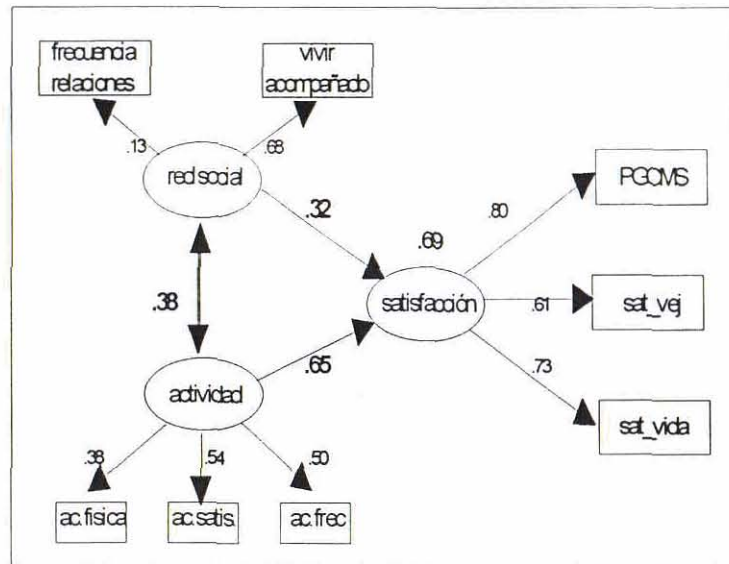
**Fig. 6.7. Modelo del efecto de la actividad en la salud subjetiva**



Por otra parte, no se ha encontrado ningún efecto significativo entre la red social y ninguno de los factores de salud (enfermedad y salud subjetiva). Sin embargo si existe una correlación positiva y significativa de 0,65 entre el factor de red social y el de actividad.

En la fig. 6.8 se presenta un modelo que integra los efectos del factor actividad y del factor red social en la satisfacción, así como también la correlación existente entre ambos. Este modelo se ajusta perfectamente a los datos  $p=0,153$  ;  $\chi^2=22.878$  con 17 grados de libertad. En él se explica el 69% de la varianza de la satisfacción. Además los otros índices de bondad de ajuste también son muy satisfactorios (GFI =.976. AGFI=.949). La actividad ejerce un efecto directo y significativo ( $p<.01$ ) en la satisfacción de 0,65. Sin embargo, aunque la red social ejerce también un efecto directo en la satisfacción de 0,32, éste no llega a ser significativo. La correlación entre los dos factores (actividad y red social es de 0,38).

**Fig. 6.8. Modelo de los efectos de la red social y la actividad en la satisfacción**





Por último, hemos llegado a un modelo final. En la fig. 6.9, se presenta este modelo definitivo. Este modelo integra las relaciones entre las variables hasta ahora analizadas por separado. Como resultado de los análisis parciales, hemos excluido del modelo, tanto el factor de estatus como el de funcionalidad por su baja contribución en el mismo.

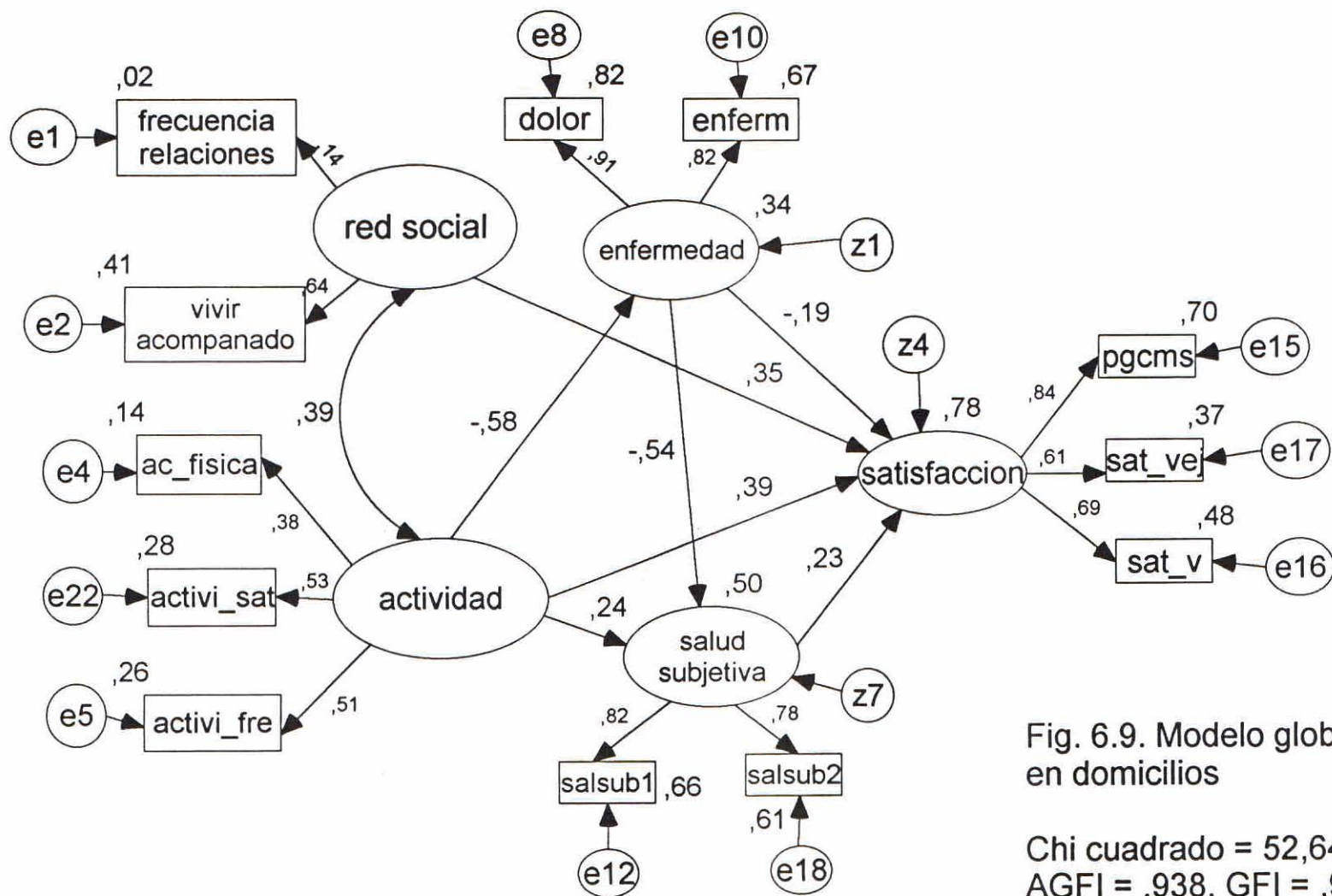


Fig. 6.9. Modelo global de satisfacción en domicilios

Chi cuadrado = 52,649, gl = 46, p = ,232  
 AGFI = ,938, GFI = ,964, PCFI = ,691  
 PNFI = ,655

### **6.5.5.1 Descripción del modelo**

Acuñando la notación utilizada en los modelos de ecuaciones estructurales (Jöreskog, 1973, Wiley, 1973), describimos las variables que componen el modelo, distinguiendo entre variables observadas, variables latentes, variables endógenas y variables exógenas.

El listado y descripción de nuestras variables es el siguiente:

*Las variables observadas* son las conductas manifiestas.

*Las variables latentes*, se han utilizado varios indicadores para medir el constructo subyacente al que hacen referencia, de forma que el factor o la variable latente contiene la parte común de cada indicador, quedando fuera la parte residual o error de medida.

*Las variables exógenas* influyen sobre otras variables y se asume que su variabilidad viene determinada por causas no consideradas en el modelo (sin tener en cuenta la correlación con otras variables exógenas del modelo).

*Las variables endógenas* vienen explicadas por variables exógenas o por otras variables del sistema

En el cuadro 6.1, se presentan todas las variables con su notación estructural. En los modelos, tanto parciales como en el definitivo, se ha adoptado la notación convencional de los modelos estructurales, las variables observadas o indicadores se representan en un cuadrado, y las variables latentes se representan en un círculo.



En el modelo, además del factor endógeno de satisfacción que es el que se trata de explicar, se presentan dos factores exógenos que son la actividad y la red social y dos factores endógenos que son ambos relativos a la salud : la enfermedad y salud subjetiva.

En el modelo propuesto, (ver cuadro 6.1) se distinguen cuatro tipos distintos de variables. Variables observadas, variables latentes, variables endógenas y variables exógenas.

**Cuadro 6.1. Notación estructural de las variables del modelo**

	VARIABLES EXÓGENAS	VARIABLES ENDÓGENAS
VARIABLES LATENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red Social</li> <li>• Actividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad</li> <li>• Salud Subjetiva</li> <li>• Satisfacción</li> </ul>
VARIABLES OBSERVADAS		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de las relaciones</li> <li>• Vivir solo o acompañado</li> <li>• Actividad física</li> <li>• Satisfacción con las actividades</li> <li>• Frecuencia de actividades</li> <li>• Frecuencia de dolores</li> <li>• N° de enfermedades crónicas</li> <li>• Salud en los últimos doce meses</li> <li>• Satisfacción con el estado de salud</li> <li>• Satisfacción global (PGCMS)</li> <li>• Satisfacción con la vida ahora</li> <li>• Satisfacción con el envejecimiento</li> </ul>

Como puede observarse en la fig. 6.1, la estimación del modelo estructural se ha realizado sobre las variables latentes o factores, cada variable latente, a su vez, ha sido estimada por varios indicadores. Asimismo, en el cuadro 6.2, se presentan los efectos totales de las variables latentes.

**Cuadro 6.2. Efectos totales de las variables latentes**

	actividad	red social	enfermedad	salud subjetiva	satisfacción
enfermedad	-1	0	0	0	0
salud subjetiva	0,85	0	-0,46	0	0
satisfacción	1	0,45	-0,29	0,24	0

1º Factor (exógeno): **Red social**. En él están incluidos dos ítems. *La frecuencia de las relaciones sociales, y el vivir solo o en compañía*. Este factor ejerce un efecto directo y positivo sobre la satisfacción de 0,35 ( $p < .05$ ). Hay que decir que el vivir solo o acompañado es la variable observada que mejor saturación tiene en este factor (0,64) ya que la frecuencia de las relaciones, que es el otro indicador utilizado, solo tiene un peso de 0,14. Además el factor llamado red social correlaciona positivamente con el factor de actividad (0,39 ;  $p < .01$ ). Es decir, las personas mayores que viven acompañadas y se relacionan con otras personas, también realizan más actividades, están más satisfechas con las mismas y además todo esto hace que estén más satisfechas en general.

2º Factor (exógeno) : **Actividad**. En él están incluidos tres ítems. *Actividad física, satisfacción con la actividad y frecuencia en la realización de actividades*. La actividad además de correlacionar con la red social, como se ha mencionado anteriormente, es un factor que tiene efecto directo y significativo ( $p < .05$ ), sobre la satisfacción (0,39) e indirecto a través de la enfermedad (-0,58) y de la salud subjetiva (0,24). Siendo su efecto total sobre satisfacción de 1. Esto quiere decir que la actividad explica directa o indirectamente toda la varianza de la satisfacción. Por tanto, según el modelo, realizar actividades hace que se padezcan menos enfermedades, se tenga mejor percepción de salud y además se esté más satisfecho.

3º Factor (endógeno): **Enfermedad.** Este factor subyace a dos medidas observadas : *frecuencia de dolores padecidos* y *número de enfermedades crónicas*. El factor enfermedad es un factor modulador entre la actividad y la satisfacción, su efecto directo sobre satisfacción es de -0,19 y no llega a la significación, sin embargo, tiene un efecto total sobre la satisfacción de -0,29 (tabla 5.9), conseguido a través del efecto que tiene sobre la salud subjetiva (-0,54 ;  $p<.001$ ) y ésta a su vez, sobre la satisfacción. Por tanto, padecer enfermedades, como es lógico, hace que se tenga peor percepción de salud y menos satisfacción..

4º Factor (endógeno): **Salud Subjetiva.** dos ítems saturan en este factor : *¿Cómo diría que ha sido su salud en los últimos doce meses ?* y *satisfacción con el estado actual de salud*. Este factor modulador, como ya hemos comentado, recibe efectos tanto de la enfermedad como de la actividad y tiene un efecto directo sobre satisfacción de 0,23 ( $p<.05$ ). De aquí se desprende, que, como era de esperar, el encontrarse bien de salud hace que las personas mayores se sientan mas satisfechas.

#### **6.5.5.2. Evaluación del ajuste del modelo**

Los coeficientes de determinación de las ecuaciones del modelo se presentan en los cuadros 6.3. y 6.4. Las variables incluidas en el mismo explican el 78% de la varianza de la *satisfacción*. Consideramos que el modelo es satisfactorio en cuanto al poder explicativo de las variables



**Cuadro 6.3. Varianza explicada de las variables latentes del modelo propuesto**

	R <sup>2</sup>
SATISFACCIÓN	.78
SALUD SUBJETIVA	.50
ENFERMEDAD	.34

**Cuadro 6.4 Índices de bondad de ajuste del modelo propuesto**

$\chi^2 = 52,649$ ; gl = 46; p = .232
GFI = .964
AGFI = .938
PCFI = .691
PNFI = .655

El estadístico chi-cuadrado contrasta la hipótesis de ajuste perfecto entre la matriz de varianza-covarianza observada y el modelo propuesto, puesto que el obtenido es  $\chi^2=52,649$  ; gl= 46 ; p= 0,232, se acepta la hipótesis nula. Nuestros datos se ajustan perfectamente al modelo propuesto.

Por otra parte los otros indicadores de bondad de ajuste también son satisfactorios, ya que el GFI y el AGFI son superiores a .93. Por otra parte, también son aceptables el incremento del ajuste comparando con el modelo de independencia PNFI y PCFI ya que obtienen valores de .69 y .65 respectivamente.

## 6.6.- DISCUSIÓN

En este epígrafe, vamos a ir comentando los resultados obtenidos en el presente estudio, en función de los objetivos propuestos y a la luz de la literatura científica presentada en la parte teórica.

- ***Fiabilidad y validez de las medidas de satisfacción utilizadas.***

En primer lugar, y con respecto al primer objetivo de nuestro estudio, relativo a hallar la fiabilidad y validez de la escala “Philadelphia Geriatric Center Morale Scale”, ambos análisis han sido satisfactorios.

La fiabilidad obtenida, a través de la prueba de consistencia interna de la escala, ha sido  $\alpha=.83$ . valor bastante alto y muy similar al que obtuvo Lawton en 1975,  $\alpha=.81$ . Asimismo, Montorio (1994), obtuvo un índice de consistencia interna  $\alpha=.79$ , una fiabilidad dos mitades,  $r_{xy}=.78$ , así como también, realizó la fiabilidad test retest de la escala, con un intervalo de un mes ( $N=100$ ), obteniendo una correlación de  $r_{xx}=.85$ .

Los elementos que presentan una mayor correlación con el total de la escala son *“tengo muchas razones por las que estar triste”*, *“siento que según me voy haciendo mayor soy menos útil”* y *“Según me voy haciendo mayor me siento más solo”*. Con respecto a la puntuación que alcanzan los sujetos en la escala, se puede considerar que es una puntuación media (19,67 ; rango de la escala mínimo = 13, máximo = 26), puntuación muy similar a la obtenida por Montorio (1994), que fue  $x=8,8$  sobre 16.

Por lo que respecta a la estructura de la escala, se han encontrado, mediante análisis factorial con rotación varimax, 3 componentes similares a los encontrados por



otros autores (Lawton, 1975 ; Morris y Sherwood, 1975 ; Montorio, 1994) que explican el 49,25% de la varianza total.

Aunque la mayoría de las preguntas sobre satisfacción se refieren a aspectos de insatisfacción más que de satisfacción, hemos bautizado a las subescalas de forma positiva, ya que la escala puntúa positivamente el incumplimiento de dichas conductas insatisfactorias, es decir a mayor puntuación en la escala, mayor satisfacción. Por tanto, los tres factores resultantes han sido *"envejecimiento satisfactorio"* que hace referencia a una forma positiva de percibir el envejecimiento. *"estado de ánimo positivo"*, factor que representa a los ítems relativos a una forma optimista y positiva de ver la vida y, por último, hemos llamado al tercer factor *"equilibrio emocional"* porque los elementos que lo integran se refieren a comportamientos propios de una persona que no se altera fácilmente, no le quitan el sueño las preocupaciones y no se irrita con facilidad.

- *Establecer qué variables psicosociales están relacionadas con la satisfacción*

En segundo lugar, y, con respecto al segundo objetivo propuesto por este estudio y relativo al establecimiento de las variables psicosociales que están relacionadas con la satisfacción de las personas mayores, se han llevado a cabo un análisis correlacional y un análisis factorial con las variables objeto de estudio.

Como resultado de las correlaciones entre las variables psicosociales con los tres indicadores de satisfacción, hemos podido comprobar, que prácticamente todas las variables analizadas que, teóricamente, tenían que estar relacionadas con el bienestar subjetivo de los mayores, lo están.

Como era de esperar, por estudios realizados anteriormente con población mayor (Edwards y Klemmack, 1973), las variables relativas a **la salud**, de las personas

mayores, son las que están, significativamente, más relacionadas con el bienestar subjetivo de las mismas, tanto cuando nos referimos a la percepción que tienen los individuos sobre su salud, medida con la pregunta en agregado sobre salud subjetiva, como a su salud psíquica y a su salud crónica, medida a través de dos ítems: *frecuencia de dolores padecidos en las dos últimas semanas y frecuencia de enfermedades crónicas en el último año*. Asimismo, Campbell, Converse y Rodgers (1976), en un estudio sobre calidad de vida americana, encontraron una correlación alta (.66) entre la salud objetiva y la satisfacción. Del mismo modo, (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, y Maciá, 1996) encontraron, tras realizar un análisis de regresión múltiple, en el que la variable dependiente era satisfacción con la vida, que la salud subjetiva era uno de sus más potentes predictores. Es posible, que como sugieren (Watten, Vassend, Myher, & Syversen, 1997), las medidas de salud autoinformada no solo reflejen el estado físico actual, sino también el nivel de ajuste emocional y, como consecuencia, la relación entre salud autoinformada y satisfacción esté incrementada por dicho componente.

Asimismo, como defiende la teoría de la actividad, parece, que, realizar **actividades** tanto físicas como de ocio y tiempo libre, está altamente relacionado con el bienestar de las personas mayores. Hay muchos autores comentados en la revisión teórica que defienden la idea de que el realizar actividades está relacionado con la satisfacción de las personas mayores (Rowe y Kahn, 1987 ; Longino y Kart, 1982 ; Moody, 1994)

Las variables relativas a las **habilidades funcionales**, sobre todo, las que se refieren a la percepción que tienen los sujetos sobre sus habilidades, tanto actuales como cuando se comparan con los de su misma edad, correlacionan significativamente con los tres indicadores de satisfacción. Otros estudios realizados, en los que se ha analizado la calidad de vida de las personas mayores y, por tanto, las habilidades funcionales de las mismas, afirman haber encontrado correlaciones altas tanto en la percepción de las habilidades funcionales como en la dificultad en la realización de



actividades de la vida diaria y satisfacción (Fernández-Ballesteros, Maciá, 1993). Sin embargo, en nuestros datos, la relación entre dificultades en la realización de AVD, y satisfacción no ha resultado tan significativa.

En relación con las variables demográficas como **los ingresos y el nivel de educación**, así como también, **la satisfacción con la vivienda**, están relacionadas a niveles de  $p < .01$  con los indicadores de satisfacción. Por lo que se refiere a los ingresos, ya se ha comentado en la revisión teórica, los resultados contradictorios que hay al respecto. Parece que nuestros datos apuntan a una relación positiva y significativa entre ingresos y satisfacción. Por tanto, este estudio estaría de acuerdo con autores como Kutner y col. (1956) que encontraron en su investigación que los individuos con altos ingresos mostraban índices más altos de satisfacción que los que tenían ingresos más bajos.

Por otra parte, con respecto a la red social, aunque las variables relativas a la **satisfacción de relaciones sociales** tienen un gran respaldo teórico como factores influyentes en el bienestar psicológico de las personas mayores, no parece que estén muy relacionadas con la satisfacción de nuestros sujetos, ya que, solo aparecen correlaciones significativas con la pregunta referida a la satisfacción en la actualidad. Esto puede deberse a una inadecuada medida utilizada, ya que hemos podido comprobar que la mayoría de los sujetos utilizaron la misma categoría de respuesta, es decir la categoría “satisfecho” a dicha pregunta; según parece, la medida tiene un problema de aquiescencia, es decir, la mayoría de las respuestas se inclinan a la categoría más alta (satisfecho), por tanto, esta pregunta no ha discriminado a los sujetos. Sin embargo, la **frecuencia de relaciones** que tienen los sujetos sí tiene una relación, aunque no muy elevada, con los tres indicadores de satisfacción. Por otra parte, no es de extrañar, que el **vivir sólo** o en compañía esté relacionado con los tres indicadores de satisfacción, ya que hay mucha literatura acerca de la fuente de insatisfacción que es para las personas mayores el encontrarse solos. Efectivamente, hay



estudios que han encontrado una correlación elevada entre soledad y depresión (Peplay y Perlman, 1982). La gente que vive sola también puede experimentar ansiedad, aburrimiento y pérdida de autoestima y vivir acompañado implica siempre una red social que protege o es un filtro de la enfermedad.

La religiosidad, también es una variable que tras los análisis realizados no ha respondido como esperábamos por la revisión teórica sobre el tema. Muchos autores coinciden en afirmar que la práctica religiosa está directamente relacionada con la satisfacción de las personas mayores pero, según nuestros datos, no aparecen relaciones significativas entre ambas variables. Sin embargo, Levin y Catters (1998) realizaron un análisis estructural LISREL en el que encontraron una relación directa entre religiosidad y satisfacción e indirecta a través de salud. En nuestro estudio, los resultados pueden deberse también a la medida utilizada, es decir, nosotros pedíamos a los sujetos que se situaran en una escala de 1 “*no practicante*” a 5 “*muy practicante*”. Dejando los valores intermedios sin una definición en cuanto al nivel de práctica, lo cual ha podido provocar una desigualdad de criterio a la hora de responder los sujetos. Por otra parte, la mayoría de estudios que muestran la relación entre religiosidad y satisfacción en personas mayores, se han realizado en otros países, sobre todo en países anglosajones, por tanto, el no haber encontrado en nuestra muestra española relaciones con satisfacción, puede deberse también al tipo de religión que practican las personas mayores y, consecuentemente, a la práctica y costumbres diferentes.

Por otra parte, contra lo esperado, han sido varias las variables que en teoría no tendrían que tener ninguna relación con los indicadores de satisfacción que, sin embargo, la tienen. En primer lugar vemos como varios indicadores de estilos de vida, y, sobre todo, la frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas, el fumar o haber fumado regularmente y las horas que los individuos duermen al día, así como el peso y la talla, están relacionados, positivamente, con satisfacción. Esto nos hace pensar que aunque teóricamente no tendrían por qué tener una relación directa con satisfacción, sí puede

que la tengan a través de salud. Es decir, las personas mayores que beben bebidas alcohólicas, normalmente, no están sometidas a ningún tipo de restricción alimenticia por enfermedad. Hay personas a las que su enfermedad les impide beber (hipertensos, enfermos del corazón, diabéticos, etc). Lo mismo sucede con el hábito de fumar. Si una persona mayor fuma, podríamos inferir, aunque no en todos los casos, que disfruta de buena salud. Asimismo, la relación encontrada entre las horas que los individuos duermen al día y satisfacción, también puede deberse, indirectamente, a la salud, ya que las personas mayores que más duermen, normalmente, tienen menos preocupaciones y dolores que las que menos lo hacen. Por otra parte, y por lo que se refiere a la relación encontrada entre la talla y al peso de los individuos y la satisfacción, ésta puede deberse a la relación existente con el sexo y otros factores asociados. Es decir, no sería la talla ni el peso, sino otras variables sociodemográficas las que mediarían en dicha relación.

Por último, hemos incluido en este análisis la variable sinceridad, con objeto de analizar posibles fuentes de error y, por tanto, valorar la naturaleza autoinformada de las tres medidas utilizadas sobre satisfacción. Las correlaciones encontradas apuntan en la dirección de a mayor insinceridad una más alta satisfacción; pero, aunque las correlaciones encontradas son significativas, son similares a las halladas por Larsen, Diener y Emmon, 1983. Dichos autores encontraron correlaciones entre la escala de sinceridad y la de satisfacción de alrededor .20, considerando este efecto como moderado.

Por otra parte, y por lo que se refiere al análisis factorial realizado, se ha sometido a las variables que resultaron significativas al relacionarlas con los tres indicadores de satisfacción, a un análisis factorial de componentes principales con rotación oblimín. La estructura factorial resultante está formada por 5 factores que explicaban el 60% de la varianza total. Los factores que han resultado de dicho análisis corresponden a 5 áreas que teóricamente tienen que estar relacionadas con el bienestar subjetivo de las personas mayores: Salud, actividad/funcionalidad, estatus



socioeconómico, satisfacción y red social. Estos factores correlacionan entre sí, siendo las correlaciones más altas las halladas entre el factor de “salud ” y el de “satisfacción” (.334), así como también entre “salud” y actividad/funcionalidad (-.325). Nuevamente vemos como las variables relativas a la salud están directa y fuertemente relacionadas con la satisfacción de las personas mayores, así como también con la actividad y habilidad funcional de las mismas.

- *Analizar la satisfacción en función de distintas variables sociodemográficas*

En tercer lugar, y por lo que se refiere a nuestro tercer objetivo, relativo al análisis de la satisfacción a través de variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y estatus socioeconómico) podemos comentar lo siguiente:

Por lo que se refiere a la influencia de la edad en la satisfacción; no hemos encontrado diferencias relativas a la edad según la pregunta sobre satisfacción con la vida en la actualidad, sin embargo, si analizamos la pregunta, en agregado, vemos como las personas de 65-69 años están, significativamente, más satisfechas que todas las demás. Asimismo, por lo que se refiere a la percepción de su envejecimiento, ésta es más negativa según las personas se van haciendo más mayores. Sin embargo, estas diferencias han desaparecido cuando se han controlado otras variables sociodemográficas como el sexo, el estado civil y el estatus socioeconómico. Estos resultados coinciden con los hallados por (Edwards y Klemmack's, 1973) que vieron cómo la relación entre edad y satisfacción desaparecía cuando se controlaba el estatus socioeconómico; de tal forma, que atribuyeron al estatus socioeconómico tales diferencias.

Por otra parte, los hombres están más satisfechos que las mujeres, tanto en sus respuestas a la pregunta en agregado como a la pregunta directa sobre satisfacción. Asimismo, también los hombres son más positivos a la hora de percibir su



envejecimiento que las mujeres. Estos resultados ya han sido puestos de relieve en otros estudios, así, Spreitzer y Snyder (1974), utilizando análisis longitudinales, descubrieron que la satisfacción de los hombres aumentaba a partir de los 65 años, mientras que la de las mujeres disminuía. Sin embargo, cuando a nuestros datos les hemos sometido a análisis controlando la edad, el estado civil y el estatus socioeconómico, estas diferencias han desaparecido. Esto puede deberse a que hay más mujeres viudas que hombres viudos o también a que el estatus socioeconómico de las mujeres es más bajo que el de los hombres o a ambos factores a la vez.

Con respecto al estado civil, las personas mayores casadas son más felices que las viudas o separadas, cuando nos referimos a la pregunta directa sobre satisfacción en la actualidad. Si nos referimos a la pregunta en agregado (PGCMS), también son las casadas junto con las solteras las que están más satisfechas. En el caso de la percepción sobre el propio envejecimiento, son los viudos los más pesimistas difiriendo, significativamente, de los casados y los solteros en esta variable. Estos resultados, también, se han puesto de relieve en anteriores investigaciones, por ejemplo, Wan y Livieratos (1978) y; Neugarten y col (1961) encontraron, que, igual que sucede con la población general, las personas mayores que están casadas, o solteras tienen niveles más altos de bienestar que las separadas, divorciadas o viudas. Además las diferencias encontradas en nuestros análisis, se han mantenido al controlar otras variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el estatus socioeconómico.

Por lo que se refiere al estatus al que pertenecen los sujetos, la satisfacción de los mismos mejora conforme aumenta su estatus, tanto cuando nos referimos a la pregunta en agregado como a la relativa a la satisfacción con la vida en la actualidad. Sin embargo, al analizar la pregunta referente a la percepción que los sujetos tienen sobre su envejecimiento, son los de estatus medio-alto, los más optimistas. A pesar de que muchos autores sostienen la falta de relación entre estatus y felicidad, nuestros datos claramente apuntan a una relación directa y significativa siendo coincidentes con

algunos autores como (Kutner y col, 1956) que llegaron a la conclusión de que el estatus socioeconómico era un factor crítico en la predicción de la satisfacción con la vida.

- *Examinar si los datos se ajustan a algún modelo estructural que explique la satisfacción con la vida de las personas mayores*

En cuarto lugar, y con el objetivo de establecer un modelo teórico que explicase la satisfacción de las personas mayores que viven en la comunidad, tras el resultado de los análisis de modelos parciales, hemos llegado a un modelo estructural, en el que se incluyen las variables o factores que en los modelos parciales han resultado más influyentes o representativos de la satisfacción. Eliminando del modelo teórico, por su baja representatividad y mal ajuste, la funcionalidad y el estatus de los sujetos.

El modelo teórico definitivo, explica el 78% de la varianza de la satisfacción. Y, brevemente, aporta la siguiente información. La actividad es el factor que más varianza explica del factor satisfacción, ya que ejerce un efecto directo en la satisfacción de 0,39 ( $p < .05$ ) y un efecto indirecto a través de su influencia en la enfermedad (-0,58,  $p < .01$ ) y en la salud subjetiva (0,24,  $p < .05$ ), además de correlacionar significativa y positivamente con la red social (0,39;  $p < .01$ ). Por tanto, nuevamente, parece que realizar actividades, como, defiende la teoría de la actividad, tanto físicas como de ocio y tiempo libre, mejora la salud de los sujetos, tanto subjetiva como objetiva, y hace que los mismos estén más satisfechos. Aunque hay mucha literatura acerca de la importancia de las actividades en la felicidad de las personas mayores, cuando hemos visto, en nuestros datos, la magnitud de tales relaciones, nos hemos quedado sorprendidos, por su alta significación.

La red social además de correlacionar positiva y significativamente con la actividad, ejerce un efecto directo de 0,35 en la satisfacción. Es decir, las relaciones sociales, como también defiende la teoría de la actividad, ayudan a que las personas mayores se encuentren mas satisfechas. Y, por otra parte, su correlación positiva con el factor de actividad, nos sugiere que las personas que más se relacionan realizan más actividades y están más satisfechas con las mismas y viceversa.

La enfermedad objetiva de los sujetos, ejerce un efecto moderado, no significativo y negativo en la satisfacción de los mismos, pero también ejerce un efecto indirecto en la satisfacción a través de su influencia, negativa, en la salud subjetiva. Siendo el efecto total que ejerce sobre la satisfacción de -0,29. Por otra parte, también recibe un efecto negativo y significativo del factor actividad (-0,58 ;  $p < .01$ ). Por tanto, es un factor modulador entre la actividad y la satisfacción.

La percepción que tienen las personas mayores sobre su salud, también es un factor a tener en cuenta a la hora de estudiar la satisfacción de las mismas. Ya que tiene una influencia directa en la satisfacción (0,23 ;  $p < .05$ ). Es un factor modulador entre los factores actividad y enfermedad. Podemos decir, por tanto, que tanto la actividad como la enfermedad, ejercen un efecto sobre satisfacción, por un lado de forma directa, y por otro, de forma indirecta, a través de salud subjetiva.



**CAPÍTULO 7**  
**ESTUDIO DE SATISFACCIÓN EN PERSONAS MAYORES**  
**QUE VIVEN EN RESIDENCIAS**

## 7.1. INTRODUCCIÓN

La vida en una institución es bastante diferente a la vida que entendemos como “normal”, es decir, en nuestro hogar, en cuanto que es colectiva, y sujeta a un reglamento, a unas normas que todos los residentes tienen que cumplir. En la residencia habrá que “negociar” parcelas de intimidad, satisfacción de necesidades, lugares y formas de actividad, etc. En ella los mayores no son tan libres como lo eran en sus hogares, y, seguramente, van a estar más controlados que lo han estado nunca.

Un aspecto importante del ingreso en la institución que no puede por menos que subrayarse, es el carácter, prácticamente irreversible, que tiene este paso. Las circunstancias que suelen concurrir (quién y por qué razones se ha tomado esa decisión, ya que en la mayoría de las ocasiones no es el propio individuo el que toma tan importante decisión). Todos estos factores, no permiten al anciano alimentar la ilusión de que la estancia en la residencia es temporal, como lo sería en un hospital mientras dura la enfermedad. Por el contrario, la estancia en la residencia suele considerarse como una especie de “recta final” de la vida .

Antes de vivir en una residencia, la opinión que tienen las personas mayores sobre la vida en las mismas, es bastante negativa, ya que, para muchos, la residencia todavía se asemeja a los antiguos asilos, lugares fríos, lúgubres y en donde se “aparcaba” a los mayores hasta la hora de su muerte. (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1998).

En definitiva, parece que la vida en una residencia para personas mayores debería ser una fuente de insatisfacción para las mismas. Así pues, la adaptación a la residencia tendrá que ser difícil para los individuos ya que muchas son las cosas

que cambian en la vida de la persona institucionalizada, y adaptarse a esa nueva vida debe ser un problema de tiempo y en el que el éxito dependerá, sobre todo, de factores personales, ya que la capacidad de adaptación de las personas varía en función, sobre todo, de la personalidad y la actitud, aunque, como es lógico, las condiciones ambientales, organizativas y psicosociales de una determinada residencia contribuirán también al bienestar residencial (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996 y Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1998).

Sin embargo, a pesar de la extendida opinión de que el ingreso en una residencia de ancianos es concebido, finalmente, como la última estación de paso antes de la muerte, existen individuos que viven durante décadas dentro de las paredes de los centros residenciales a largo plazo. Algunos son más felices y están más satisfechos en la institución que fuera de ella. Además, los estudios sobre satisfacción realizados en residencias de ancianos, coinciden en afirmar que las personas que viven en residencias están tan satisfechas con la vida como las que viven en sus hogares. Sabemos que son muchas las cosas que cambian en la vida de una persona institucionalizada, por tanto, es posible que también sean distintos los factores que influyen en su satisfacción.

Cada día son más las personas mayores que viven en este tipo de instituciones. Según los últimos estudios, actualmente, el 2,8 % de la población viven en residencias (0.87% en públicas y el 1.97% en privadas).

Por todos estos motivos, investigar la satisfacción de las personas mayores que viven en residencias, parece importante y es por lo que hemos decidido hacer un estudio paralelo al que hemos realizado con la población mayor que vive en la comunidad, pero en esta ocasión, con los individuos que viven en residencias, tanto públicas como privadas.



## 7.2.- OBJETIVOS

- 1) Establecer la fiabilidad y la estructura factorial de las distintas medidas de satisfacción utilizadas
- 2) Establecer las variables psicosociales que están relacionadas con la satisfacción con la vida de las personas mayores de 65 años que viven en residencias
- 3) Analizar, la satisfacción con la vida, en función de distintas variables, sociodemográficas, que nos han parecido, particularmente relevantes, como son la edad, el sexo, el estado civil y el estatus.
- 4) Comparar las variables de satisfacción con la vida en los sujetos que viven en residencias y en los que viven en la comunidad.
- 5) Comprobar si los datos obtenidos en los sujetos que viven en residencias se ajustan al modelo teórico establecido a partir de los datos obtenidos en la comunidad.
- 6) En el caso de que los datos no se ajusten al modelo propuesto, intentaremos establecer un modelo estructural que explique la satisfacción con la vida de las personas mayores que viven en residencias, a partir de las variables consideradas relevantes para dichas personas.

## 7.3.- MÉTODO

### 7.3.1.- Sujetos

La investigación se ha llevado a cabo con un muestra de 507 sujetos, que vivían en residencias, mayores de 65 años, (media de edad = 74,64 años) representativos de la población española de esa edad (error muestral de  $\pm 3\%$ ). Todas las personas

entrevistadas en las residencias, eran personas consideradas válidas, es decir, capaces de valerse por sí mismas.

La muestra de sujetos parte de los datos contenidos en el estudio “Bases para una Planificación de Centros Residenciales para la Tercera Edad”, publicado por el Imsero en 1989. (véase anexo II)

En las Tablas 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 y 7.5, se presentan las distribuciones por sexo, edad, estado civil, nivel de educación alcanzado, y renta de las dos muestras analizadas (residencia pública y privada)

**Tabla 7.1 Sexo por tipo de residencia)**

SEXO		R. PÚBLICA	R.PRIVADA	TOTAL
VARÓN	N	105	99	204
	%	41%	39.4%	40.2%
MUJER	N	151	152	303
	%	59%	60.6%	59.8%
TOTAL	N	256	251	507
	%	100%	100%	100%

Tabla 7.2. Edad del entrevistado por tipo de residencia

EDAD		R. PÚBLICA	R.PRIVADA	TOTAL
65-69	N	72	63	135
	%	28.1%	25.2%	26.7%
70-74	N	80	71	151
	%	31.3%	28.4%	29.8%
75-79	N	56	60	116
	%	21.9%	24%	22.9%
80 ó más	N	48	56	104
	%	18.8%	22.4%	20.6%
Total	N	256	250	506
	%	100%	100%	100%



Tabla 7.3. Estado civil por tipo de residencia

ESTADO CIVIL		R. PÚBLICA	R.PRIVADA	TOTAL
Soltero	N	73	92	165
	%	28.5%	36.7%	32.5%
Casado	N	48	20	68
	%	18.8%	8%	13.4%
Vive en pareja	N	5	2	7
	%	2%	.8%	1.4%
Separado	N	16	11	27
	%	6.3%	4.4%	5.3%
Divorciado	N	1	4	5
	%	.4%	1.6%	1%
Viudo	N	113	122	235
	%	44.1%	48.6%	46.4%
Total	N	256	251	507
	%	100%	100%	100%

**Tabla 7.4. Nivel de educación del entrevistado por tipo de residencia**

NIVEL DE EDUCACIÓN		R. PÚBLICA	R.PRIVADA	TOTAL
Menos de estudios primarios.	N	23	15	39
No sabe leer	%	9%	6%	7.5%
Menos de estudios primarios	N	146	125	271
sabe leer	%	57%	49.8%	53.5%
Estudios primarios	N	62	62	124
completos	%	24.2%	24.7%	24.5%
Bachiller elemental	N	8	17	25
F.P.1.	%	3.1%	6.8%	4.9%
BUP, COU, F.P.2	N	8	11	19
	%	3.2%	4.4%	3.8%
Estudios Universitarios	N	9	21	30
	%	3.6%	8.4%	5.9%
Total	N	256	251	507
	%	100%	100%	100%

**Tabla 7.5. Ingresos mensuales del entrevistado por tipo de residencia**

INGRESOS		R. PÚBLICA	R.PRIVADA	TOTAL
Hasta 45.000 pts	N	71	56	127
	%	32.1%	29.6%	31%
45.001 a 75.000 pts	N	117	85	202
	%	52.9%	45%	49.3%
75.001-100.000 pts	N	23	26	49
	%	10.4%	13.8%	12%
100.001-150.000 pts	N	9	10	19
	%	4.1%	5.3%	4.6%
150.001-200.000 pts	N	1	5	6
	%	5%	2.6%	1.5%
200.001-275.000	N		6	6
	%		2.6%	1.5%
275.001-350.000	N		1	1
	%		.5%	.2%
Total	N	221	189	410
	%	100%	100%	100%

### 7.3.2.- Instrumento

La investigación se ha llevado a cabo a través de la misma entrevista estructurada, utilizada en el primer estudio, (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, y Maciá, 1996) mediante el Cuestionario que aparece en el Anexo I. en el que se han



incluido, para la realización de este segundo estudio, algunas preguntas específicas para las personas que viven en residencias :

P. 46 : ¿Cree que es necesario realizar reparaciones en su apartamento /habitación)

P.47. Por favor, indique en que medida está Vd. satisfecho con los siguientes aspectos :

- Relaciones con el personal que trabaja en la residencia
- Características físicas y arquitectónicas de la residencia
- Organización de la residencia
- Relación con otros residentes
- Residencia (globalmente)

La entrevista tuvo una duración de entre 30 y 60 minutos.

Del mismo modo que hicimos en el estudio de la comunidad, y dado que la población examinada podía estar afectada de trastornos cognitivos (estado mental deficitario), la primera pregunta del Cuestionario constituía un examen discriminativo del estado mental. Puesto que también nos interesaba tener datos de las personas afectadas de este tipo de trastornos -y ya que consideramos que no eran aptas para contestar algunas de las preguntas formuladas- arbitramos que en el caso de que los sujetos presentaran más de 3 errores en el examen del estado mental, un allegado respondiera a todas las preguntas "objetivas" mientras que el sujeto debería responder a todas aquellas "subjetivas" (preguntas que en el Cuestionario aparecen con un asterisco). El número de personas que obtuvieron esta condición ascienden, tan sólo, a 12, es decir un 2.4 por ciento fueron consideradas con probable deterioro intelectual.

### 7.3.3.- Procedimiento

El trabajo de campo ha sido realizado por INTERCAMPO durante el mes de septiembre de 1993. La muestra de sujetos parte de los datos contenidos en el estudio “Bases para una Planificación de Centros Residenciales para la Tercera Edad”, publicado por el Imsero en 1989. (véase anexo II).

### 7.3.4.- Variables

Las variables que se han tenido en cuenta en la presente investigación, pueden ser divididas en dos grupos: por un lado, las variables sociodemográficas o de clasificación y, por otro lado, las variables psicosociales objeto de estudio que han sido medidas en los sujetos.

Las **variables sociodemográficas** han sido:

- *Edad*. Se ha agrupado a los sujetos en cuatro grupos, según su edad: 65-69, 70-74, 75-79 y 80 y más.
- *Sexo*.
- *Estado civil*. Soltero, casado, separado o divorciado y viudo.
- *Estatus*. Esta variable, construida a partir del nivel educativo y del nivel de renta del entrevistado, está formada por cinco categorías, como son: estatus bajo, medio-bajo, medio, medio-alto y alto.

Las **variables psicosociales** objeto de estudio han sido:

- *La salud*. Para medir esta variable se han tomado distintos indicadores tanto objetivos como subjetivos (ver Cuestionario de la P1 a la 16).

- *Hábitos de salud* (o estilos de vida). En el Cuestionario de la P 17 a la P26.
- *Habilidades funcionales*. En el Cuestionario de la P35 a la P 37.
- *Actividades de la vida diaria y Ocio y tiempo libre*. En el Cuestionario de la P 38 a la P41a.
- *Integración social*. Se han considerado aspectos de tamaño de la red de apoyo y de la satisfacción que producen las relaciones interpersonales. En el Cuestionario de la P27 a la P34.
- *Satisfacción*. Se han utilizado los mismos indicadores de satisfacción que en el estudio de la comunidad : La versión reducida de la "Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)" de Lawton (1975), de la que de los 15 ítems originales, se han extraído 2 para formar dos preguntas independientes. Así quedaría la escala formada por 13 ítems, en el cuestionario P.49, y dos preguntas independientes sobre satisfacción. La primera de estas preguntas se refiere a la satisfacción con la vida en la actualidad : *Como está de satisfecho con su vida ahora* (P49A) y tiene cuatro categorías de respuesta (*nada, algo, bastante, mucho*) y la segunda, tiene como objetivo analizar la percepción subjetiva que tienen los mayores de su propio envejecimiento : *Según se va haciendo mayor las cosas son para Vd. con tres categorías de respuesta mejor, igual o peor* (P49B).
- *Satisfacción con distintos aspectos de la residencia*. P.47. En esta pregunta están incluidos los ítems relativos a la satisfacción con las relaciones sociales dentro de la residencia, con la organización y las características físicas y arquitectónicas de la misma, así como también con la residencia globalmente.

#### 7.4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos han sido sometidos a dos tipos fundamentales de análisis: de un lado, han sido examinados a un nivel exploratorio ; En este primer nivel, se han realizado análisis de fiabilidad (consistencia interna de Cronbach) de la escala de satisfacción PGCMS, así mismo, se ha realizado un análisis factorial en el que se han incluido



además de los ítems de la escala, los dos ítems relativos a la satisfacción en la actualidad y a la percepción sobre el propio envejecimiento.

Por otra parte, se ha realizado un análisis correlacional entre las variables objeto de estudio y los tres indicadores de satisfacción. Así como también, se ha realizado un análisis factorial en el que se han incluido las variables que resultaron significativas al relacionarlas con satisfacción

Con el objetivo de conocer las diferencias de medias en los tres indicadores de satisfacción en función de las variables de agrupación propuestas, se ha llevado a cabo un contraste no paramétrico mediante la prueba de Kruskal-Wallis. En el caso de encontrar diferencias significativas, se han realizado comparaciones post hoc con la prueba U de Mann witney para analizar qué niveles de la variable independiente discriminaban significativamente entre sí.

Con el fin de examinar posibles fuentes de error, producidas por la posible influencia de alguna de las variables sociodemográficas (p. ej : edad, sexo, estado civil o estatus), en las diferencias obtenidas en las puntuaciones de satisfacción en función de las mismas, hemos controlado las variables que podrían estar ejerciendo un efecto contaminador en los análisis. El procedimiento utilizado ha sido el siguiente :

En primer lugar, se ha realizado un análisis de regresión en el que se han incluido las variables cuyos efectos se quieren controlar, como variables predictoras, y cada una de las preguntas de satisfacción como variables criterio, con el fin de encontrar la varianza error, es decir, que parte de la varianza de cada criterio no está explicada por dichas variables.

Una vez hallada la parte no explicada por las variables demográficas que queremos controlar, hemos sometido a dichas variables relativas a la satisfacción (en las que se ha eliminado la influencia de las variables que hemos querido controlar) a los correspondientes análisis comparativos.

Por otra parte, con objeto de analizar las diferencias en las variables de satisfacción según el tipo de contexto donde viven, hemos comparado las puntuaciones en las tres variables de satisfacción de los sujetos que viven en sus hogares (entrevistados en el primer estudio) y los que viven en residencias, tanto públicas como privadas (entrevistados en el segundo estudio). Como en las comparaciones anteriores, hemos utilizado, la prueba de Kruskal wallis y la U de Mann Whitney cuando ha venido al caso.

Por otro lado, se han examinado a un nivel confirmatorio ; en este segundo nivel, se ha puesto a prueba el modelo teórico sobre satisfacción resultante del estudio de la comunidad, para ver si los datos de los sujetos que viven en residencias se ajustaban al modelo. Al no ser así, se ha procedido como en el estudio de la comunidad, es decir, , se han analizado diversos modelos parciales, entre las variables latentes, con el objetivo de llegar a un modelo teórico integrado que permita establecer relaciones causales entre nuestras variables objeto de estudio.

Para los análisis exploratorios se ha utilizado el paquete de programas SPSS. Para el análisis confirmatorio, de ecuaciones estructurales, se ha utilizado el programa AMOS

## 7.5.- RESULTADOS

### 7.5.1.- Análisis de fiabilidad de la escala de satisfacción global PGCMS

Como puede observarse en la Tabla 7.6 se ha realizado un análisis de consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach en la escala de satisfacción (PGCMS). El  $\alpha$  ha sido de .84, muy similar al obtenido con la muestra de la comunidad que fue de .83. Como podemos observar, todos los elementos son consistentes con la escala y no existe ninguno que, al eliminarlo produzca un incremento de la consistencia de la misma. Los índices de consistencia interna de la escala, cuando se elimina el ítem, oscilan entre  $\alpha = .8290$ , correspondiente al ítem *“ahora me molestan más las cosas pequeñas que antes”* y  $\alpha = .8434$ , correspondiente al ítem *“tengo tanta energía como el año pasado”*



**TABLA 7.6**

		Media	Desviación Típica	Casos
1.	SATIS1	1,4269	,4952	438,0
2.	SATIS2	1,5046	,5006	438,0
3.	SATIS3	1,5685	,4959	438,0
4.	SATIS4	1,4361	,4965	438,0
5.	SATIS5	1,6233	,4851	438,0
6.	SATIS6	1,6895	,4632	438,0
7.	SATIS7	1,2945	,4563	438,0
8.	SATIS8	1,5616	,4968	438,0
9.	SATIS9	1,5845	,4934	438,0
10.	SATIS10	1,4384	,4968	438,0
11.	SATIS11	1,5639	,4965	438,0
12.	SATIS12	1,6416	,4801	438,0
13.	SATIS13	1,5023	,5006	438,0

<b>Media</b>	<b>Varianza</b>	<b>D. Típica</b>	<b>Nº de Variables</b>
19,8356	14,1880	3,7667	13

	Media de la escala si se quita el ítem	Varianza de la escala si se quita el ítem	Correlación ítem con la escala Total	Alpha si se quita el ítem
SATIS1	18,4087	11,9630	,5779	,8296
SATIS2	18,3311	12,6064	,3745	,8434
SATIS3	18,2671	11,9308	,5872	,8290
SATIS4	18,3995	12,0299	,5551	,8312
SATIS5	18,2123	12,3827	,4598	,8376
SATIS6	18,1461	12,5736	,4261	,8396
SATIS7	18,5411	12,7706	,3707	,8430
SATIS8	18,2740	11,9477	,5805	,8294
SATIS9	18,2511	12,0649	,5484	,8316
SATIS10	18,3973	12,4322	,4308	,8396
SATIS11	18,2717	12,2487	,4871	,8358
SATIS12	18,1941	12,2986	,4926	,8354
SATIS13	18,3333	11,9298	,5806	,8294

### 7.5.2. Análisis factorial de los indicadores de satisfacción

Igual que hicimos en el primer estudio, hemos procedido a realizar un análisis factorial, con todas las variables de satisfacción, es decir, hemos incluido en este análisis no solo los 13 elementos de la escala de satisfacción PGCMS, sino también las 2 preguntas independientes que hemos incluido en el cuestionario. Una referida a la satisfacción con la vida ahora (14), y la otra sobre percepción del envejecimiento (15). Por tanto, el análisis se ha realizado con 15 elementos.

Se ha efectuado un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax y se ha llegado a una solución factorial de 3 factores que se detalla en la tabla 7.7.

Como podemos observar, los tres factores rotados explican el 51,31% de la varianza total. De igual forma que sucedía en el estudio de la comunidad, el elemento 10 resulta ser el más ambiguo por no saturar en ninguno de los factores. Sin embargo, en este caso, no hay ningún elemento que sature en dos factores como sucedía en la muestra de la comunidad con los elementos 5 y 7.

El factor 1 explica un 20.31% de la varianza total. Da lugar a la subescala que hemos llamado “*envejecimiento satisfactorio*” ya que en él saturan elementos que reflejan una manera positiva de percibir el envejecimiento (ítems 1,2,4,7,14,15).

El factor 2 explica un 15.98% de la varianza total. Da lugar a la subescala de “*equilibrio emocional*”, ya que los elementos que lo integran se refieren a comportamientos propios de una persona que no se altera fácilmente, no le quitan el sueño las preocupaciones y no se irrita con facilidad. (ítems 3,9,11,12).

El factor 3 explica el 15.07% de la varianza total. Da lugar a la subescala de “*estado de ánimo positivo*”, ya que los elementos que en él saturan reflejan una manera optimista y positiva de ver la vida. (ítems 5,6,8,13).

Se puede observar, como los ítems reparten sus pesos de forma muy similares a los de la muestra de la comunidad, por tanto les hemos dado el mismo nombre, sin embargo, la estructura factorial no es la misma ya que los factores no tienen el mismo poder explicativo en una u otra muestra. Es decir, aunque el primer factor de “*envejecimiento satisfactorio*” es el que más varianza explica en ambas muestras, no sucede lo mismo con los otros dos factores. Ya que, en la estructura factorial obtenida a partir de los datos de la muestra de la comunidad, el segundo factor resultante era el que hemos denominado *estado de ánimo positivo*, factor éste que en la estructura factorial obtenida en la residencia aparece en tercer lugar. Asimismo, el factor *equilibrio emocional*, que en la muestra de la comunidad era el tercero en poder explicativo, en la muestra de la residencia es el segundo.



**Tabla 7.7 Análisis factorial de los ítems relativos a la satisfacción**

	<b>Componente</b>		
	<b><u>1</u></b>	<b><u>2</u></b>	<b><u>3</u></b>
1.- A medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí	<b>.707</b>	.293	.103
2.- Tengo tanta energía como el año pasado.....	<b>.706</b>	-.004	-.002
3.- Ahora me molestan más las cosas pequeñas que antes.....	.422	<b>.533</b>	.213
4.- Siento que según me voy haciendo mayor soy menos útil.	<b>.610</b>	.308	.142
5.- A veces estoy tan preocupado que no puedo dormir.....	-.006	.303	<b>.634</b>
6.- A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida...	.131	-.008	<b>.724</b>
7.- Ahora soy tan feliz como cuando era joven.....	<b>.470</b>	-.004	.348
8.- Tengo muchas razones por las que estar triste .....	.211	.323	<b>.637</b>
9.- Me siento más irritable que antes.....	.351	<b>.692</b>	-.004
10.- La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil.....	.376	.311	.238
11.- Me tomo las cosas a pecho.....	-.004	<b>.671</b>	.339
12.- Me altero o disgusto fácilmente.....	-.055	<b>.800</b>	.164
13.- Según me voy haciendo mayor, me siento más solo.....	.485	.172	<b>.502</b>
14.- ¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora ?.....	<b>.543</b>	-.008	.467
15.- Según se va haciendo mayor las cosas son para Vd.....	<b>.643</b>	.153	.230
AUTOVALOR.....	3.04	2.39	2.25
% VARIANZA EXPLICADA.....	20.31	15.94	15.01

**Método de extracción: Análisis de componentes principales.**

**Metodo de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.**

### **7.5.3.- Análisis correlacional y factorial de las variables psicosociales y sociodemográficas objeto de estudio**

#### **7.5.3.1.- Análisis correlacional**

Como se puede apreciar en la Tabla 7.8, hemos realizado un análisis de correlaciones entre las variables que, pensábamos, tenían que estar relacionadas con la satisfacción de las personas mayores. La correlación de Pearson, ha sido el estadístico elegido para este análisis. Hemos seleccionado las mismas tres variables que utilizamos en el primer estudio, como principales indicadores de la satisfacción :

- 1) Cuestionario de satisfacción con la vida de Lawton (1975). “Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS : P49).
- 2) Pregunta directa sobre la satisfacción (P49A) ¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora ? (Nada, algo, bastante, mucho)
- 3) La pregunta 49B : Según se va haciendo mayor las cosas son para Vd (mejor, igual o peor)

Tabla 7.8. Análisis correlacional

VARIABLES	SATISFACCIÓN CON LA VIDA AHORA	SEGÚN SE VA HACIENDO MAYOR	SATISFACCIÓN GLOBAL (PGCMS)
Satisfacción con las relaciones con el personal de la residencia	.292**	.134**	.277**
Satisfacción con las características físicas y arquitectónicas de la residencia	.204**	.126**	.265**
Satisfacción con la organización de la residencia	.278**	.151**	.261**
Satisfacción con la relación con otros residentes	.281**	.130**	.238**
Satisfacción con la residencia (globalmente)	.285**	.139**	.251**
Satisfacción con la forma en que ocupa su tiempo	.411**	.185**	.289**
Nivel de estudios alcanzado por el entrevistado	.041	.039	.139**
Frecuencia de las relaciones	.024	-.027	.043
Satisfacción con las relaciones	.108	-.027	.059
Número de hijos	-.091	-.031	-.073
Frecuencia de actividades	.341**	.226**	.271**
Actividad física	.262**	.237**	.295**
Tiene relaciones sexuales	.055	-.008	.038
Frecuencia de relaciones sexuales	.094	.225**	.271**
Satisfacción con las relaciones sexuales	.394**	.236**	.238**
Cambio en la apetencia sexual	.091	.105*	.238**
Considera que puede valerse por sí mismo	.291**	.221**	.252**
Cree Vd. que hace 5 años se valía mejor, = o peor	-.161**	-.052	-.239**
Cree que dentro de 5 años se valdrá mejor, =, peor	.264**	.286**	.347**
Cree que se vale igual, mejor o peor que los de su edad	.309**	.227**	.222**
Dificultad en la realización de AVD	-.148**	-.174**	-.139**
Práctica religiosa	.095	.059	.011
Mal apetito	-.200**	-.142**	-.202
Problemas crónicos de salud	-.198**	-.134**	-.348**
Frecuencia de dolores que padece	-.278**	-.196**	-.463**
Medicamentos (no tomarlos)	.104*	.080	.249**
Veces que ha visitado al médico en el último año	-.101*	-.067	-.129**



Tabla 7.8. Análisis correlacional (continuación)

	SATISFACCIÓN CON LA VIDA AHORA	SEGÚN SE VA HACIENDO MAYOR	SATISFACCIÓN GLOBAL (PGCMS)
Cree Vd. que su estado de salud es ahora mejor, igual o peor que antes ?	.327**	.297**	.313**
¿Cree Vd. que su estado de salud será mejor, peor o igual el año próximo ?	.327**	.319**	.297**
Estado de salud comparado con las personas de su edad	.318**	.219**	.261**
Hábitos alimenticios	.025	-.010	-.068
Frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas	.026	.021	.074
Horas que duerme al día	.100*	.064	.111*
¿Usa Vd gafas o lentillas ?	-.045	.015	.025
Talla	.037	-.003	.184**
Peso	.114*	.154**	.159**
¿Fuma o ha fumado ?	-.029	-.031	-.114*
¿Cuántos cigarrillos fuma o ha fumado ?	-.015	-.020	-.085
Nº de visita en que se realiza la entrevista	.089	.006	.014
Tamaño de la localidad	.107	.074	.006
Sinceridad	.178**	.130**	.224**
Ingresos mensuales del entrevistado	-.038	-.027	-.005
Nivel de educación	.041	.039	.091

Como podemos observar en la Tabla 7.8, las correlaciones se distribuyen de manera similar a las obtenidas en la muestra del primer estudio. Por tanto, de igual forma que ocurrió en el estudio anterior, prácticamente, todas las variables que, teóricamente, tenían que tener relación con los indicadores de satisfacción, en mayor o menor medida ( $p < .01$  o  $p < .05$ ), la tenían. Curiosamente, aquellas variables que, en el primer estudio, nos parecieron discordantes con la teoría sobre los factores influyentes en el bienestar subjetivo, como son la satisfacción con las relaciones sociales y la religiosidad de los sujetos, porque no correlacionaban con las variables de satisfacción, en esta muestra, la discordancia es aún mayor, ya que no solo no existe relación entre la satisfacción que producen las relaciones sociales y los tres indicadores

de satisfacción sino que tampoco existe correlación con la frecuencia de los contactos sociales, relación ésta que sí existía en la muestra de la comunidad. Asimismo, en esta muestra, tampoco aparece relación alguna de la práctica religiosa de los sujetos con las variables de satisfacción elegidas.

Las variables relativas a la salud, de los sujetos, son las más significativas, principalmente, las que se refieren a la salud subjetiva o a la salud psíquica de los mismos. Hay que destacar, que aunque son significativas las correlaciones entre los indicadores de salud objetiva (problemas crónicos y frecuencia de padecer dolores), con los tres indicadores de satisfacción, dichas correlaciones son bastante más bajas que las encontradas con los sujetos de la muestra de la comunidad.

Con respecto a las variables relativas a la percepción subjetiva de funcionalidad de los sujetos, igual que sucedía en la muestra de la comunidad, se han encontrado relaciones altas y significativas a nivel de probabilidad  $< .01$  con los tres indicadores de satisfacción.

Por otra parte, las relaciones encontradas con las variables relativas a las actividades, tanto actividad física, como actividades de ocio y tiempo libre, son significativas y muy similares en sus valores a las obtenidas en la muestra de la comunidad. Lo mismo sucede con tener problemas de apetito que en ambas muestras está inversamente relacionado con satisfacción.

Con respecto a la conducta sexual, no está relacionado con satisfacción el mantener o no relaciones sexuales, pero sí está, significativamente, relacionada, con los tres indicadores de satisfacción la satisfacción que dichas relaciones producen. Sin

embargo, la modificación de la apetencia sexual que en la muestra de la comunidad arrojaba altas correlaciones con los tres indicadores de satisfacción, en esta muestra las correlaciones son mucho mas bajas y solo alcanzan la significación al .01 cuando correlacionan con la pregunta relativa a la satisfacción global con la vida.

Las variables demográficas como los ingresos y el nivel de educación, que en la muestra de la comunidad correlacionaban a nivel de  $p < .01$  con los tres indicadores de satisfacción, no funcionan de la misma manera cuando se trata de los individuos que viven en residencias, ya que no aparece relación alguna en estas variables con dichos indicadores

Hay que destacar, que en este estudio se han incluido preguntas relativas a la satisfacción de los sujetos con diversos aspectos de la residencia (personal, organización, otros residentes, características físicas o arquitectónicas, residencia globalmente), las puntuaciones obtenidas en dichas preguntas correlacionan, todas, significativamente, con los tres indicadores de satisfacción. Parece que a los sujetos de la residencia les importa más lo que ocurre dentro de la misma que lo que ocurre fuera. Es como si su mundo se redujera a la residencia.

Por último, vamos a analizar que pasa con las variables que teóricamente no tendrían que tener relación significativa con satisfacción y en el estudio de la comunidad sí la tenían. Como puede observarse en la Tabla 7.8, ni los hábitos alimenticios ni la frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas tienen relación con los indicadores de satisfacción. Sin embargo, no sucedía así con la muestra de la comunidad, en la que sí había una relación positiva la cual fue atribuida a un mejor estado de salud de los que no se cuidan. Es decir, inferíamos que los sujetos que beben más bebidas alcohólicas y



no están sometidos a ningún tipo de dieta están más satisfechos que los demás porque deben estar más sanos y, por tanto, no cuidan tanto sus hábitos alimenticios, quizás porque ningún médico les ha recetado un tipo determinado de dieta o les ha prohibido beber alcohol. Lógicamente, en las residencias, esto no debe ocurrir así, ya que los menús son equilibrados, y sanos, para que los puedan tomar todos los individuos.

Con el hábito de fumar sucede algo parecido a lo que sucedía en la comunidad, es decir, las personas que fuman están más satisfechas que las que no lo hacen. Esto también puede ser atribuible a la salud, ya que una persona mayor que fuma se supone que disfruta de buena salud ya que ningún médico le ha impedido fumar. Lo mismo podemos pensar de la relación encontrada entre las horas que los individuos duermen al día y satisfacción. Las personas mayores que más duermen, normalmente, tienen menos preocupaciones y dolores que las que menos lo hacen.

Por lo que se refiere a la relación encontrada entre la talla y al peso de los individuos y la satisfacción, como sucedía con la muestra de la comunidad, ésta puede deberse a la relación existente con el sexo. Es decir, los hombres miden y pesan más que las mujeres y, además, están más satisfechos que ellas. Una vez más, no sería la talla ni el peso, sino el sexo lo que explicaría dicha relación.

Por otra parte, y, como ocurría en la comunidad, ni el usar gafas ni el nº de cigarrillos que fuma o ha fumado, ni el número de visita en que se realizó la entrevista, ni, tampoco, el tamaño de la localidad en la que viven los individuos, arrojan significación alguna con ninguno de los tres indicadores de satisfacción.

### **7.5.3.2. Análisis factorial de los elementos objeto de estudio**

El análisis correlacional, nos ha servido para analizar qué variables están relacionadas significativamente con la satisfacción de las personas mayores que viven en residencias. Ahora nos proponemos estudiar cómo se comportan dichas variables factorialmente. Para ello, hemos realizado un análisis factorial de componentes principales con rotación oblimín. Hemos optado por la rotación oblimín, para analizar la posible relación entre los factores. En la Tabla 7.9, se presentan los resultados obtenidos en dicho análisis.

Como puede observarse, el análisis ha dado lugar a 6 factores rotados. Salud, residencia, actividad, satisfacción, habilidades funcionales y estatus socioeconómico. Estos 6 factores explican el 64% de la varianza total. El factor llamado “satisfacción” correlaciona con “salud” “residencia” “actividad” y “habilidades funcionales” (.27, .20 .25 -.18 respectivamente), es decir con todos menos con el factor relativo al estatus socioeconómico.

Tabla 7.9. Análisis factorial de los elementos del estudio

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Satisfacción con la forma en que ocupa su tiempo	.110	.150	-.083	<b>.442</b>	-.455	-.328
Satisfacción con las actividades que realiza	-.075	<b>.224</b>	.941	.271	-.136	-.092
Frecuencia en la realización de actividades	-.071	<b>.182</b>	.940	.254	-.147	.136
Actividad física	.365	.241	.603	.163	<b>-.049</b>	<b>.360</b>
Nivel de educación del entrevistado	-.030	-.032	<b>.151</b>	.149	-.204	.625
Ingresos mensuales del entrevistado	-.056	-.008	<b>.410</b>	.106	-.059	.624
Cambios en la apetencia sexual	.318	-.165	.249	.159	<b>.169</b>	<b>.435</b>
Percepción de las habilidades funcionales	.206	<b>-.049</b>	.303	.322	-.732	.174
Dificultad en la realización de AVD	-.195	<b>-.016</b>	-.055	-.040	.811	-.079
Problemas crónicos	<b>-.837</b>	-.075	-.038	-.152	.190	-.112
Dolores	<b>-.855</b>	-.043	-.114	-.237	.165	-.113
Medicamentos	.774	-.003	-.151	.206	-.068	-.009
Salud subjetiva	.436	.145	.271	<b>.674</b>	-.145	.162
Salud psíquica	<b>-.584</b>	-.104	-.065	<b>-.350</b>	-.086	-.024
Satisfacción global (PGCMS)	.488	.249	.214	<b>.753</b>	-.102	.162
Satisfacción con la vida en la actualidad	.177	.215	.270	<b>.811</b>	-.116	-.146
Satisfacción con el envejecimiento	.123	.121	.169	<b>.756</b>	-.139	-.085
Satisf. Relaciones con el personal de la residencia	-.090	.781	.275	<b>.199</b>	-.019	-.059
Satisf. Características físicas de la residencia	-.031	.903	.219	<b>.188</b>	-.043	-.151
Satisf. Organización de la residencia	-.009	.919	.189	<b>.155</b>	-.040	-.254
Satisf. Relación con otros residentes	-.095	.717	-.001	<b>.113</b>	-.015	-.037
Satisfacción con la residencia (globalmente)	-.054	.909	.186	<b>.219</b>	-.162	-.244
AUTOVALOR	3.767	2.827	2.502	2.329	1.709	1.522
% VARIANZA EXPLICADA	16.4	12.3	10.9	10.1	7.4	6.6



El primer factor explica el 16.4% de la varianza total. Se le ha denominado “*salud*”, ya que en él saturan todos los ítems relativos a la salud de los individuos, tanto desde el punto de vista objetivo (problemas crónicos, dolores, medicamentos) como psíquico (salud psíquica), no saturando el elemento de salud subjetiva, como sucedía en la comunidad.

Hemos llamado al segundo factor “*residencia*”, ya que los elementos que saturan en él, se refieren, todos ellos, a satisfacción con diversos aspectos de la residencia. Este factor explica el 12.3% de la varianza total.

El tercer factor explica el 10.9% de la varianza total. Se le ha dado el nombre de “*actividad*”, por ser los elementos que saturan en él relativos a las actividades, tanto a las actividades físicas como a cualquier otro tipo de actividad.

El cuarto factor explica el 10.1% de la varianza total. Hemos llamado a este factor “*satisfacción*”, ya que en él saturan los tres indicadores de satisfacción elegidos, así como también la salud subjetiva.

El quinto factor explica el 7.4% de la varianza total. Le hemos llamado “*habilidades funcionales*”, ya que los elementos que lo integran se refieren a la percepción que tienen los sujetos sobre sus habilidades funcionales, así como también si tienen dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).

Por último, hay un sexto factor, al que hemos llamado “*estatus socioeconómico*”. Los elementos que tienen saturaciones altas en este factor, son los relativos al nivel de educación y a los ingresos mensuales de los sujetos,

#### **7.5.4.- Comparación de medias de los tres indicadores de satisfacción**

A continuación se presentan los análisis de comparación de medias de las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las tres variables que hemos utilizado como indicadoras de la satisfacción de los mismos, es decir, tanto a través de una puntuación en agregado del instrumento utilizado (PGCMS), como a través de pregunta directa (*grado de satisfacción con la vida ahora*), como, también, a través de la pregunta relativa a la percepción del envejecimiento (*las cosas con el paso del tiempo son peores, iguales, o mejores que ante*), en función de las variables demográficas (edad, sexo, estado civil y estatus socioeconómico)

##### **La edad**

En la Tabla 7.10, se presentan las medias obtenidas por los sujetos en los tres indicadores de satisfacción en función de los 4 niveles de edad. No existen diferencias significativas, según la edad de los sujetos, en ninguna de las variables de satisfacción.

**Tabla 7.10**  
**Distintos indicadores de satisfacción**  
**en función de la edad**

		Total	EDAD			
			65-69	70-74	75-79	+80
<b>Satisfacción global (PGCMS)</b>	N	437	118	129	99	91
	DT	0,29	0,29	0,28	0,29	0,28
	M	<b>1,52</b>	<b>1,57</b>	<b>1,5</b>	<b>1,51</b>	<b>1,5</b>
<b>Satisfacción con la vida ahora</b>	N	501	134	149	114	104
	DT	0,87	0,92	0,84	0,89	0,8
	M	<b>2,71</b>	<b>2,72</b>	<b>2,64</b>	<b>2,7</b>	<b>2,82</b>
<b>Según se va haciendo mayor, las cosas son para Vd. mejor, igual o peor (3-1)</b>	N	496	133	149	112	102
	DT	0,64	0,64	0,64	0,61	0,68
	M	<b>1,62</b>	<b>1,67</b>	<b>1,57</b>	<b>1,64</b>	<b>1,65</b>

### El sexo

Como se puede observar en la Tabla 7.11, sólo hemos encontrado diferencias relativas al sexo en la variable en agregado, y a favor de los hombres, es decir, los hombres están significativamente más satisfechos que las mujeres ( $z = -2.372$  ;  $p = .013$ ).



**Tabla 7.11**  
**Distintos indicadores de satisfacción**  
**en función del sexo**

		Total	SEXO	
			varón	mujer
<b>Satisfacción global (PGCMS)</b>	N	437	171	267
	DT	0,29 *	0,26	0,3
	M	<b>1,52</b>	<b>1,56</b>	<b>1,49</b>
<b>Satisfacción con la vida ahora</b>	N	501	201	301
	DT	0,87	0,84	0,88
	M	<b>2,71</b>	<b>2,75</b>	<b>2,69</b>
<b>Según se va haciendo mayor, las cosas son para Vd. mejor, igual o peor (3-1)</b>	N	496	199	298
	DT	0,64	0,63	0,65
	M	<b>1,62</b>	<b>1,61</b>	<b>1,63</b>

\* Diferencias significativas a nivel de probabilidad < 0,05

Igual que hicimos en el estudio de la comunidad, hemos sometido a los datos a un análisis de comparación de medias, controlando variables sociodemográficas que pensábamos podían estar ejerciendo un efecto contaminador en los resultados. Después de controlar la edad, el estado civil y el estatus socioeconómico, las diferencias con respecto al sexo se mantienen ( $z=1.99$  ;  $p=.046$ ) con respecto a la escala en agregado sobre satisfacción PGCMS.

### **El estado civil.**

Por lo que respecta al estado civil y como puede observarse en la Tabla 7.12, hemos encontrado diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas a la pregunta sobre satisfacción con la vida en la actualidad ( $\chi^2=10.143$ ;  $p=.013$ ). Con objeto de analizar cuáles son los niveles del estado civil que discriminan significativamente en esta variable, hemos sometido a los datos a comparaciones dos a dos a través de la prueba U de Mann Withey. Según esta prueba, hemos visto que las personas solteras están más satisfechas con la vida actualmente, que las casadas y viudas ( $z=-2.67$ ;  $p=.008$ .  $z=2.93$  ;  $p=.003$  respectivamente). Por lo que se refiere a la pregunta global sobre satisfacción hemos encontrado diferencias significativas. ( $\chi^2=14.44$ ;  $p=.002$ ). Tras las comprobaciones post-hoc correspondientes, hemos podido comprobar que los viudos están más insatisfechos que los casados y solteros ( $z=-2.49$  ;  $p=.013$  ;  $z=-3.43$  ;  $p=.001$ ).

**Tabla 7.12**  
**Distintos indicadores de satisfacción**  
**en función del estado civil**

		Total	ESTADO CIVIL			
			SOLTERO	CASADO	SEPARADO	VIUDO
Satisfacción global (PGCMS)	N	437	141	65	29	203
		*				
	DT	0,29	0,28	0,26	0,29	0,28
	M	1,52	1,57	1,56	1,55	1,46
Satisfacción con la vida ahora	N	501	164	75	32	231
		*	0,8	0,82	0,95	0,89
	DT	0,87				
	M	2,71	2,9	2,61	2,59	2,63
Según se va haciendo mayor, las cosas son para Vd, mejor, igual o peor	N	496	161	74	32	230
	DT	0,64	0,66	0,66	0,66	0,63
	M	1,62	1,67	1,62	1,63	1,59

\* Diferencias significativas a nivel de probabilidad < 0,05

Como en los análisis anteriores, hemos realizado un análisis de comparación de medias de las variables de satisfacción en función del estado civil, controlando la edad, el sexo y el estatus socioeconómico. Como resultado del análisis las diferencias se mantienen, tanto en la pregunta en agregado como en la relativa a la satisfacción con la vida en la actualidad ( $\chi^2=9.02$ ;  $p=.02$  y  $\chi^2=10.3$  ;  $p<.05$ ).



### **El estatus socioeconómico**

Como puede observarse en la Tabla 7.13, no existen diferencias significativas con respecto a la satisfacción en la actualidad entre las personas de un estatus u otro. Por otra parte, y, con respecto a las otras dos preguntas sobre satisfacción analizadas, hemos encontrado que las personas de estatus medio están significativamente más satisfechas que las demás, tanto en la pregunta en agregado como en la que se refiere a la percepción sobre el propio envejecimiento ( $\chi^2=18.36$  ;  $p=.001$  ;  $\chi^2=12.84$  ;  $p=.012$  respectivamente). Tras las comparaciones dos a dos de los niveles del estatus, vemos que en lo relativo a la pregunta en agregado, existen diferencias significativas entre los sujetos de estatus bajo y medio-bajo ( $z=-2.09$ ;  $p=.036$ ), medio y medio-bajo y medio y bajo ( $z = -4.19$ ;  $p = .000$ .  $z= -2.31$ ;  $p=.021$  respectivamente). Con respecto a la percepción sobre el propio envejecimiento, las diferencias encontradas dos a dos han sido entre los sujetos de estatus medio con los de estatus bajo, medio-bajo y alto ( $z=3.21$ ;  $p=.001$ ;  $z=-2.13$ ;  $p=.033$ .  $z= -2.52$ ;  $p=.012$  respectivamente).

**Tabla 7.13**  
**Dístintos indicadores de satisfacción**  
**en función del estatus**

		Total	ESTATUS					
			Bajo	M/bajo	Medio	M/alto	Alto	
Satisfacción global (PGCMS)	N	437		112	117	75	39	11
			*					
	DT	0,29	*	0,28	0,28	0,27	0,27	0,26
			*					
	M	1,52		1,51	1,43	1,61	1,52	1,48
Satisfacción con la vida ahora	N	501		132	133	84	44	13
	DT	0,87		0,82	0,88	0,8	0,85	1
	M	2,71		2,65	2,62	2,81	2,7	2,46
Según se va haciendo mayor, las cosas son para Vd. mejor, igual o peor (3-1)	N	496		131	131	82	43	13
	DT	0,64	*	0,65	0,64	0,52	0,63	0,48
	M	1,62		1,49	1,57	1,73	1,53	1,31

\* Diferencias significativas a nivel de probabilidad < 0,05

\*\*\* Diferencias significativas a nivel de probabilidad < 0,001

Por otra parte, y por lo que se refiere a las diferencias obtenidas, después de controlar las posibles fuentes de error producidas por el posible efecto de variables como la edad, el sexo y el estado civil, en las medidas de satisfacción, éstas han sido similares a las que obtuvimos antes de los controles de variables sociodemográficas. Es decir sigue habiendo diferencias debidas al estatus socioeconómico, y al mismo nivel de significación, tanto en la pregunta global sobre satisfacción como en la que se refiere a la percepción que tienen los individuos sobre su envejecimiento.

### 7.5.5 Comparación de medias de las variables de satisfacción en función del contexto donde habitan los sujetos

Con objeto de comparar la satisfacción de los sujetos que viven en sus hogares con la de los que viven en residencias, hemos unido los datos de las dos investigaciones (comunidad y residencia) y hemos procedido a realizar la prueba U de Mann-Whitney para analizar si existen diferencias significativas en estas variables en función del contexto donde viven.

Como puede observarse en la tabla 7.14, de las tres preguntas analizadas, solo aparecen diferencias significativas según el tipo de contexto donde viven en la pregunta relativa a la percepción sobre el propio envejecimiento. Los sujetos que viven en residencias son, significativamente, más optimistas a la hora de percibir su envejecimiento ( $z=-2.07$ ;  $p=.038$ ). Por otra parte, aunque no llegan a ser significativas las diferencias con respecto a la pregunta sobre la satisfacción con la vida en la actualidad, dichas diferencias rayan el límite de la significación ( $p=.053$ ) y, en este caso, son los que viven en su domicilio los que parecen estar más satisfechos con su vida en la actualidad.



**Tabla 7.14**  
**Distintos indicadores de satisfacción en función del contexto**

		Total	Domicilio	Residencia	Estadístico contraste	P
<b>Satisfacción global (PGCMS)</b>	N	892	454	438		
	DT	0,28	0,27	229		
	M	<b>1,52</b>	<b>1,51</b>	<b>1,52</b>	z= -.670	<b>.503</b>
<b>Satisfacción con la vida ahora</b>	N	1007	505	502		
	DT	0,83	0,79	0,86		
	M	<b>2,72</b>	<b>2,82</b>	<b>2,71</b>	z= -1.93	<b>.053</b>
<b>Según se va haciendo mayor, las cosas son para Vd. mejor, igual o peor</b>	N	947	500	497		
	DT		0,62	0,64		*
	M	<b>1,58</b>	<b>1,54</b>	<b>1,62</b>	z= -2.07	<b>.038</b>

\* Diferencias significativas a nivel de probabilidad <.05  
según U de Mann Witney

Por otra parte hemos realizado análisis de comparación de medias entre los sujetos que viven en residencias públicas y los que viven en residencias privadas. Como puede observarse en la tabla 7.15, no existen diferencias significativas en ninguna de las variables de satisfacción según se viva en un tipo u otro de residencia.

**Tabla 7.15**  
**Distintos indicadores de satisfacción**  
**en función del tipo de residencia**

		Total	R. Pública	R. Privada	Estadístico contraste	P
<b>Satisfacción global (PGCMS)</b>	N	438	225	213		
	DT	0,29	0,29	0,29		
	M	<b>1,52</b>	<b>1,54</b>	<b>1,5</b>	<b>z= -1.319</b>	<b>.187</b>
<b>Satisfacción con la vida ahora</b>	N	502	255	247		
	DT	0,86	0,87	0,86		
	M	<b>2,71</b>	<b>2,68</b>	<b>2,75</b>	<b>z=-.92</b>	<b>.358</b>
<b>Según se va haciendo mayor, las cosas son para Vd. mejor, igual o peor</b>	N	497	252	245		
	DT	0,64	0,67	0,62		
	M	<b>1.62</b>	<b>1.61</b>	<b>1.64</b>	<b>z=-.740</b>	<b>.459</b>

### 7.5.6 MODELO ESTRUCTURAL

Uno de los objetivos de esta investigación ha sido comprobar si el modelo teórico establecido en la muestra de la comunidad, se ajustaba a los datos obtenidos en la muestra de las residencias.

Hay que decir, que no hemos podido comprobar exactamente el modelo propuesto en la comunidad, porque la variable incluida en dicho modelo sobre vivir solo o en compañía, no tiene sentido en la muestra de la residencia, ya que es una pregunta dirigida y pensada para las personas que viven en sus hogares solas o en compañía de

algún familiar o amigo. En el caso de las personas que viven en residencias, el concepto es diferente; la mayoría de personas viven solas.

Por tanto, y como ya se ha comentado anteriormente, hemos incluido en el cuestionario, unas preguntas relativas a aspectos de la residencia que nos han parecido relevantes para las personas que allí viven. Ya hemos comentado en el apartado relativo a las correlaciones con los tres indicadores de satisfacción, la importancia que estas variables tienen para las personas que viven en residencias. Entre dichas variables hay dos que nos han parecido podrían ser indicadores relevantes en el factor de red social. Ya que, como se ha visto en el apartado de análisis correlacional, la frecuencia de relaciones con familiares y allegados, no está relacionada con ninguno de los tres indicadores de satisfacción, y necesitamos otros indicadores que saturen en dicho factor. Estas variables a las que nos referimos son, *satisfacción con las relaciones con el personal de la residencia* y *satisfacción con las relaciones con otros residentes*.

Con este pequeño cambio de variables, hemos procedido a probar nuestro modelo teórico. (ver fig 7.1). Podemos observar en el modelo, que el factor de enfermedad, no ejerce efecto sobre el de satisfacción (-0.05), y además el índice de bondad de ajuste obtenido :  $\chi^2 = 169.646$  con 46 grados de libertad y con una  $p = .000$ , indica que el modelo no se ajusta. Por tanto, el modelo estructural propuesto en la muestra de la comunidad no se adapta a los datos obtenidos en la muestra de residencias.

El resultado del desajuste del modelo en la muestra de la residencia, nos hace pensar que no existe un modelo universal para todas las personas mayores, sino que el



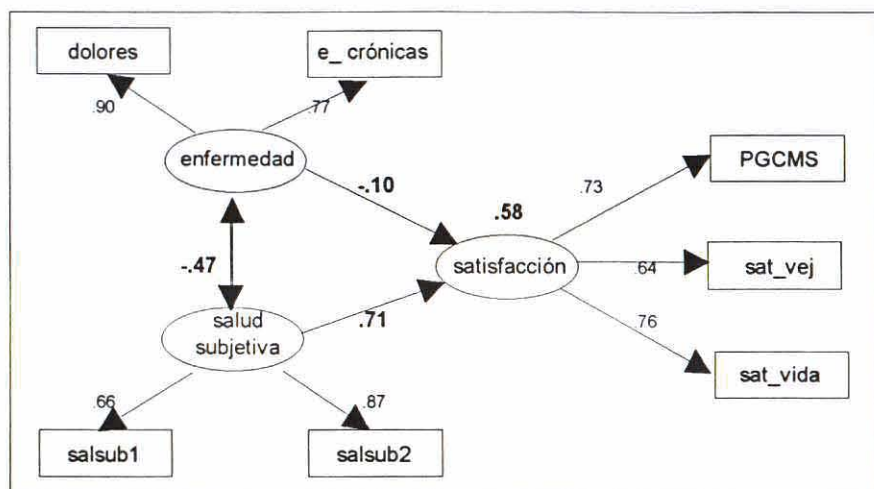
vivir o no en una residencia puede ser una condición tan relevante que modifica los ingredientes relativos a la satisfacción de los sujetos.

A la vista de estas conclusiones, hemos procedido a estudiar qué variables deben estar incluidas en el modelo y cuáles deben ser eliminadas y sustituidas por otras nuevas, para configurar un modelo que nos permita explicar las dimensiones que influyen en la satisfacción de las personas mayores cuando éstas viven en un contexto tan específico y particular como es el de las residencias.

Con objeto de detectar qué variables están interfiriendo en la bondad del ajuste del modelo, vamos a comparar los modelos parciales expuestos en el capítulo anterior, con modelos parciales de los datos obtenidos en el presente estudio, es decir con los datos de los individuos que viven en residencias.

En primer lugar hemos analizado un modelo parcial del efecto de la salud, tanto objetiva como subjetiva en la satisfacción. Como puede observarse en la fig. 7.2 Este modelo parcial, no se ajusta a los datos, ya que la probabilidad asociada al chi-cuadrado es de .000. Puede verse, también, la diferencia existente entre el efecto, significativo, que produce la salud subjetiva en la satisfacción .71 y el bajo efecto y, por tanto, no significativo, de la enfermedad crónica en la satisfacción -.10. Así como la correlación existente entre los dos factores de salud -.47. Parece, que son las enfermedades crónicas las que no tienen demasiada influencia en la satisfacción, o por lo menos, la pierden cuando la salud subjetiva entra en juego. Esto no ocurría así con los datos de la muestra de la comunidad en la que ambos factores de salud, además de correlacionar entre sí, ejercían un efecto directo y significativo en la satisfacción.

**Fig. 7.2.- Modelo de los efectos de la enfermedad y la salud subjetiva en la satisfacción**

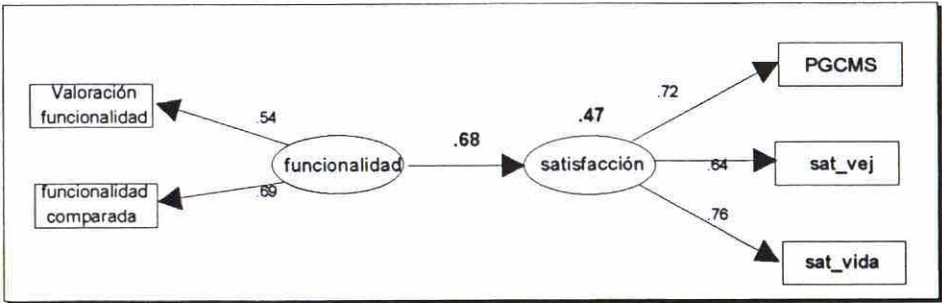


En segundo lugar, y, como resultado de las altas correlaciones obtenidas entre las habilidades funcionales, y, principalmente, entre la percepción de tales habilidades en la actualidad y la valoración que hacen los sujetos de las mismas cuando se comparan con las personas de su misma edad, con los tres indicadores de satisfacción. Vamos a establecer un modelo parcial que contemple dichas relaciones.

En la fig. 7.3 se puede observar el efecto directo que tiene el factor de funcionalidad en la satisfacción (0,68 ;  $p < .01$ ). Este modelo parcial, tiene un coeficiente de determinación  $\chi^2 = 7.76$ , con 4 grados de libertad y una  $p = .395$ . Por tanto, el modelo es satisfactorio.

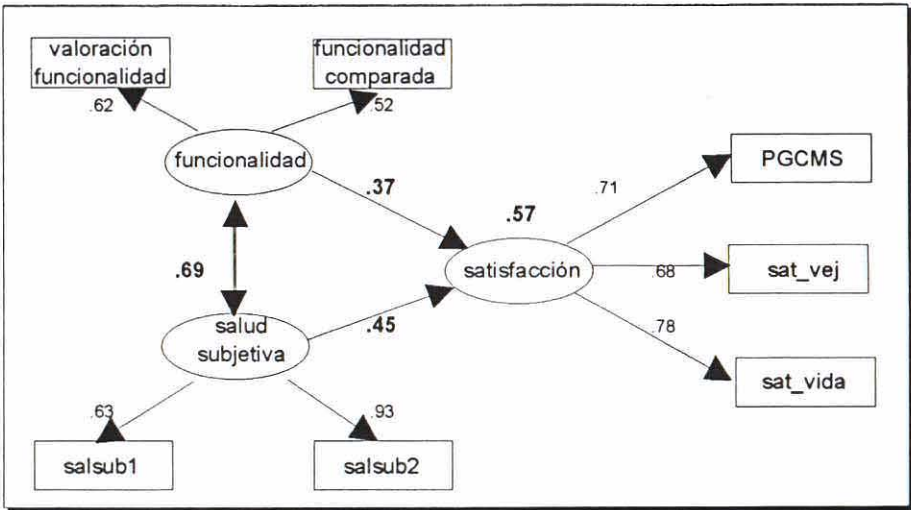


Fig. 7.3 Modelo del efecto de la funcionalidad en la satisfacción



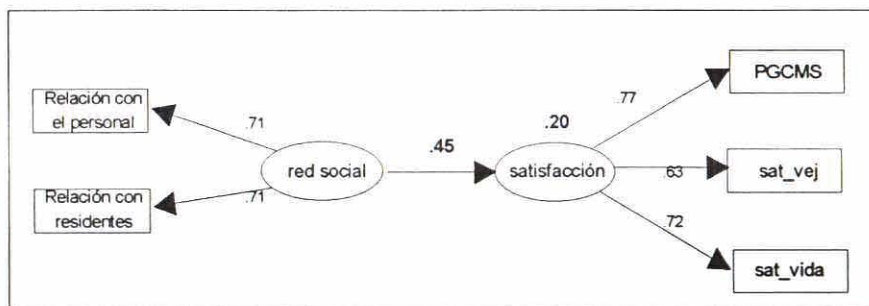
En tercer lugar, hemos realizado un modelo parcial que explique la influencia de la salud subjetiva y la funcionalidad en la satisfacción. Como puede observarse en la fig.7.4, existe una alta correlación (.69) entre la funcionalidad y la salud subjetiva, y, ambas ejercen un efecto directo y significativo en la satisfacción (0,37 y 0,45 respectivamente). Además el coeficiente de determinación de este modelo es  $\chi^2=13.187$  con una  $p= 0,281$  que indica que los datos se ajustan al modelo.

Fig . 6.4. Modelo del efecto de la funcionalidad y la salud subjetiva en la satisfacción



En cuarto lugar, hemos realizado un modelo parcial que explica el efecto del factor red social, en el factor de satisfacción (ver fig. 7.5). Hemos utilizado, por su alta correlación con los indicadores de satisfacción, como variables observadas de red social, dos preguntas relativas a las relaciones que los individuos tienen dentro de la residencia : *Satisfacción con la relación con el personal de la residencia* y *satisfacción con la relación que mantienen con otros residentes*.

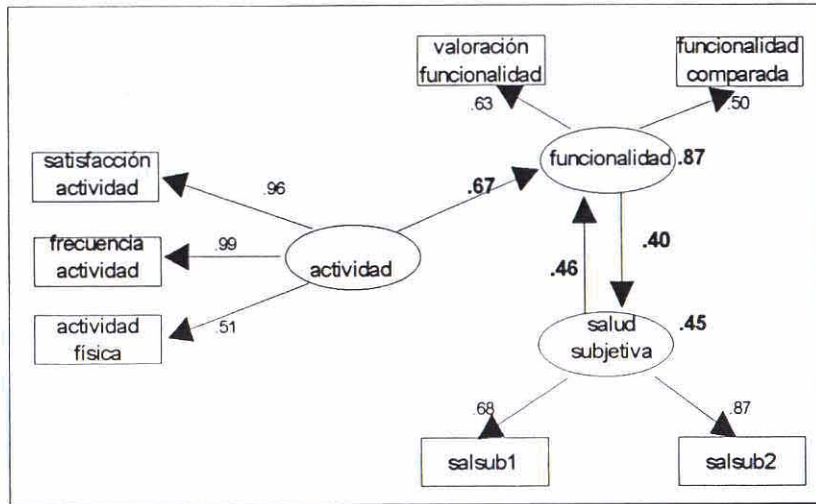
**Fig. 7.5. Modelo del efecto de la red social en la satisfacción**



La red social ejerce un efecto, significativo ( $p < .05$ ) de 0,45 en la satisfacción. Este modelo parcial tiene un  $\chi^2 = 6.262$  ;  $p = 0,180$ , por tanto, los datos se ajustan al modelo.

La actividad, por otra parte, ejerce un efecto importante en las habilidades funcionales (0,65 ;  $p < .01$ ) y éstas, en la salud subjetiva (0,46 ;  $p < .05$ ), que, a su vez, también ejerce efecto en las habilidades funcionales (0,40 ;  $p < .05$ ), según el modelo parcial que se muestra en la fig.7.6. Según este modelo, el 87% de la varianza de la funcionalidad se explica a partir de la actividad y la salud subjetiva

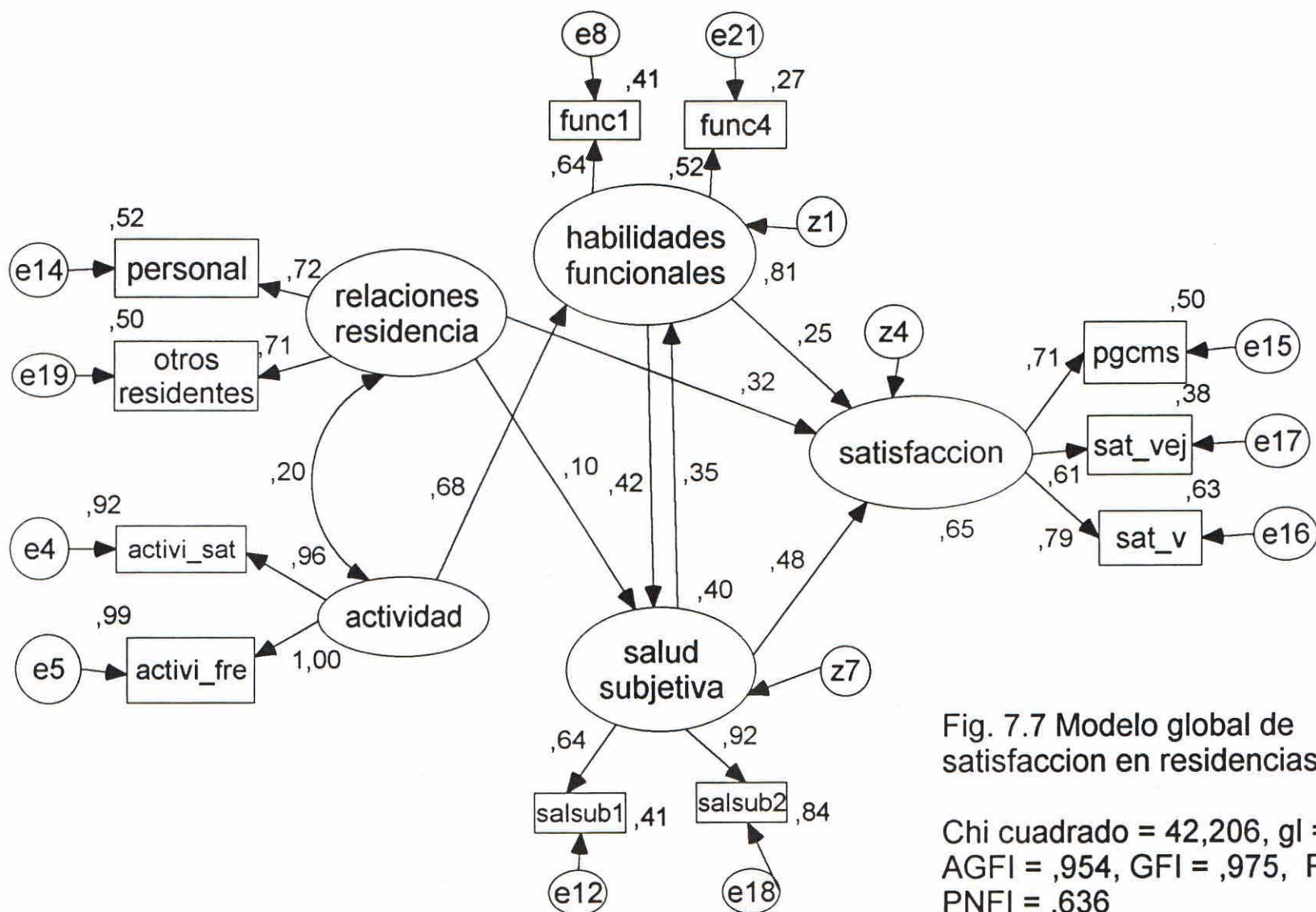
**Fig. 7.6. Relaciones entre la actividad, la funcionalidad y la salud subjetiva**



Después de analizar los modelos parciales expuestos, en la Fig. 7.7, proponemos un modelo integrado que permite explicar la satisfacción de las personas que viven en residencias.

En este modelo se presentan dos factores exógenos que son la actividad y la red social y dos factores moduladores endógenos que son la funcionalidad y la salud subjetiva. Hay que decir, que hemos eliminado uno de los indicadores de actividad : *actividad física* porque el modelo se ajusta mejor cuando este indicador se elimina.





### 7.5.6.1 Descripción del modelo

En el modelo propuesto, (ver cuadro 7.1) se distinguen cuatro tipos distintos de variables. Variables observadas, variables latentes, variables endógenas y variables exógenas.

**Cuadro 7.1. Notación estructural de las variables del modelo**

	VARIABLES EXÓGENAS	VARIABLES ENDÓGENAS
VARIABLES LATENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red Social</li> <li>• Actividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades funcionales</li> <li>• Salud Subjetiva</li> <li>• Satisfacción</li> </ul>
VARIABLES OBSERVADAS		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de las relaciones con el personal de la residencia</li> <li>• Satisfacción de las relaciones con otros residentes</li> <li>• Actividad física</li> <li>• Satisfacción con las actividades</li> <li>• Frecuencia de actividades</li> <li>• Valoración de la funcionalidad</li> <li>• Funcionalidad comparada con las personas de su edad</li> <li>• Salud en los últimos doce meses</li> <li>• Satisfacción con el estado de salud</li> <li>• Satisfacción global (PGCMS)</li> <li>• Satisfacción con la vida ahora</li> <li>• Satisfacción con el envejecimiento</li> </ul>

Como puede verse en la figura 7.1, la estimación del modelo estructural se ha realizado sobre las variables latentes o factores, cada variable latente, a su vez, ha sido estimada por varios indicadores. Asimismo, en el cuadro 7.2 se presentan los efectos totales de las variables latentes.

**Cuadro 7.2. Efectos totales de las variables latentes**

	relaciones residencia	actividad	salud subjetiva	habilidades funcionales	satisfacción
salud subjetiva	0,157	0,305	0,169	0,696	0
habilidades funcionales	0,038	0,513	0,284	0,169	0
satisfacción	0,386	0,256	0,512	0,583	0

1º Factor : **Relaciones en la residencia.** En él están incluidos dos ítems. *La satisfacción de las relaciones con el personal de la residencia, y la satisfacción de las relaciones con otros residentes.* Este factor ejerce un efecto directo y positivo sobre la satisfacción de 0,32 ( $p<.01$ ). Además, correlaciona positivamente con el factor de actividad (0,20 ;  $p<.05$ ). También ejerce un efecto sobre la salud subjetiva, pero este efecto no es significativo (0,10). Su efecto total sobre el factor satisfacción es 0,38. Es decir, las personas mayores que viven en residencias y están satisfechas con las relaciones sociales llevadas a cabo dentro de la misma, realizan más actividades y todo esto hace que tengan una percepción mejor de salud y estén más satisfechas.

2º Factor : **Actividad.** En él están incluidos dos ítems, *satisfacción con la actividad y frecuencia en la realización de actividades.* Como puede observarse, hemos eliminado de este factor el ítem relativo a la actividad física ya que el modelo se ajusta mejor cuando dicho ítem no ha formado parte del mismo. Contrariamente a lo que ocurre en la muestra de la comunidad, la actividad no tiene efecto directo sobre la satisfacción sino indirecto (0,25. Cuadro 7.2) a través del efecto que ejerce sobre las



habilidades funcionales (0,68) y éstas, a su vez, sobre la satisfacción (0,25) y la salud subjetiva (0,42) que, a su vez, también influye en la satisfacción. Es decir, según este modelo, las personas que realizan actividades, también están más satisfechas con las relaciones en la residencia, y todo esto influye en que tengan una percepción más positiva de su capacidad funcional que a su vez hace que se encuentren mejor de salud y estén más satisfechas.

3º Factor: **Habilidades funcionales**. Este factor subyace a dos medidas observadas : *valoración sobre su funcionalidad y cómo cree que se vale por si mismo comparado con las personas de su edad*. Tiene un efecto directo y significativo en la satisfacción (.25 ;  $p < .05$ ) , así como también tiene un efecto indirecto a través del efecto que tiene sobre salud subjetiva (.42 ;  $p < .01$ ). Siendo su efecto total sobre satisfacción de 0,58. Por tanto, las personas que perciben mejor sus habilidades funcionales, también tienen una mejor percepción de salud y esto las lleva a estar más satisfechas.

4º Factor : **Salud Subjetiva**. Formado por dos ítems : *¿Cómo diría que ha sido su salud en los últimos doce meses ? y satisfacción con el estado actual de salud*. Este factor modulador, como ya hemos comentado, recibe efectos tanto de las habilidades funcionales como de la red social y tiene un efecto directo sobre satisfacción de 0,48 ( $p < .01$ ), y total de 0,51. (cuadro 7.2). Por tanto, y como sucedía en la muestra de la comunidad, el encontrarse bien de salud hace estar más satisfechas a las personas mayores.

### 7.5.6.2.- Evaluación del ajuste del modelo

Los coeficientes de determinación de las ecuaciones del modelo se presentan en el cuadro 7.4. Las variables incluidas en el mismo explican el 65% de la varianza de la *satisfacción*. Consideramos que el modelo es satisfactorio en cuanto al poder explicativo de las variables.

**Cuadro 7.3. Varianza explicada de los factores endógenos del modelo**

	R <sup>2</sup>
SATISFACCIÓN	.65
SALUD SUBJETIVA	.40
HABILIDADES FUNCIONALES	.81

**Cuadro 7.4. Indicadores de ajuste del modelo**

$\chi^2 = 42.206$ ; gl= 36 ; p = .220
<p>GFI = .975  AGFI= .954  PCFI= .652  PNFI= .636</p>

El estadístico chi-cuadrado contrasta la hipótesis de ajuste perfecto entre la matriz de varianza-covarianza observada y el modelo propuesto, puesto que el obtenido

es  $\chi^2 = 42,206$  ;  $gl = 36$  ;  $p = 0,220$ , se acepta la hipótesis nula. Nuestros datos se ajustan perfectamente al modelo propuesto.

Por otra parte los otros indicadores de bondad de ajuste también son satisfactorios, ya que el GFI y el AGFI son superiores a .95. Por otra parte, también son aceptables el incremento del ajuste comparando con el modelo de independencia PNFI y PCFI ya que obtienen valores de .65 y .63 respectivamente.



## 7.6.- DISCUSIÓN

En este apartado, vamos a discutir los objetivos propuestos en el presente estudio, en relación con los resultados obtenidos.

- *Establecer la fiabilidad y la estructura factorial de las distintas medidas de satisfacción utilizadas*

En primer lugar, y con respecto al primer objetivo planteado en este estudio, hemos procedido a hallar la fiabilidad y validez del instrumento.

El análisis de fiabilidad, consistencia interna alpha de Cronbach del instrumento de satisfacción utilizado (PGCMS), ha sido altamente satisfactorio. El índice de consistencia interna alpha de Cronbach = .84 ha sido muy similar al obtenido en el estudio de la comunidad .83. Como ya comentamos en el estudio anterior, esta escala ha sido sometida a diferentes pruebas de validez y fiabilidad con éxito. Por ejemplo, (Lawton, 1975) su autor, obtuvo un índice de consistencia interna de la escala,  $\alpha = .81$ . Asimismo, Montorio (1994), con una muestra española de 100 sujetos institucionalizados, obtuvo un índice de consistencia interna  $\alpha = .79$ , una fiabilidad dos mitades,  $r_{xy} = .78$ , así como también, realizó la fiabilidad test retest de la escala, con un intervalo de un mes, obteniendo una correlación de  $r_{xx} = .85$ .

Los elementos que presentan una mayor correlación con el total de la escala han sido: *“ahora me molestan más las cosas pequeñas que antes”* *“tengo muchas razones por las que estar triste”* y *“según me voy haciendo mayor me siento más solo”*. De estos tres ítems, dos de ellos también resultaron ser los que mayor consistencia tenían con la escala en los análisis efectuados en la muestra de la

comunidad. *“tengo muchas razones por las que estar triste”* y *“según me voy haciendo mayor me siento más solo”*.

Con respecto a la puntuación que alcanzan los sujetos en la escala, se puede considerar que es una puntuación media (19,83 ; rango de la escala mínimo = 13, máximo = 26), puntuación muy similar, aunque ligeramente superior, a la obtenida en el estudio de la comunidad (19.67) y a la que obtuvo Montorio en 1990, ( $x=8,8$  sobre 16).

Con respecto a la estructura factorial hallada, también ha sido satisfactoria, ya que se corresponde en gran medida con la encontrada en el estudio de la comunidad y en otros estudios (Lawton, 1995, Montorio, 1990). Los ítems han repartido sus pesos de forma muy similar a los de la muestra de la comunidad, por tanto les hemos dado el mismo nombre. Los tres factores rotados explican el 51,31% de la varianza total. De igual forma que sucedía en el estudio de la comunidad, el elemento 10 resulta ser el más ambiguo por no saturar en ninguno de los factores. Sin embargo, en este caso, no hay ningún elemento que sature en dos factores como sucedía en el estudio realizado en la comunidad con los elementos 5 y 7.

- ***Establecer las variables psicosociales que están relacionadas con la satisfacción con la vida de las personas mayores de 65 años que viven en residencias***

En segundo lugar, y, con respecto al objetivo de establecer las variables psicosociales que están relacionadas con la satisfacción con la vida de las personas mayores de 65 años que viven en residencias, hemos realizado análisis de correlaciones y factorial con las variables objeto de estudio.

Como era de esperar, por estudios realizados anteriormente con población mayor, las variables relativas a **la salud**, de las personas mayores, son las que están,

significativamente, más relacionadas con el bienestar subjetivo de las mismas, principalmente, las que se refieren a la **salud subjetiva o a la salud psíquica**. Según se desprende del estudio, la salud mental y la percepción de la salud, están más relacionadas con la satisfacción de los mayores que viven en residencias, que la salud “objetiva” que manifiestan tener los sujetos. Estos resultados no son coincidentes con los hallados en el estudio de la comunidad, pero sí lo son con otros estudios (Watson y Pennebaker, 1989). Quizás las razones que expliquen las diferencias obtenidas en las relaciones entre salud objetiva y satisfacción en la muestra de la comunidad y en la de la residencia, se deban al ambiente en el que se mueven las personas que viven en residencias. En dicho ambiente, todos los individuos tienen una edad similar y elevada, lo que hace que su salud, en la mayoría de los casos, sea deficitaria y tema habitual de conversación entre ellos. Por esta razón, el tener enfermedades puede ser visto como algo “normal”, por lo que no es un factor tan fuertemente condicionante de su satisfacción. Sin embargo, la salud subjetiva es algo relativo, es decir, el individuo se compara con sus iguales para emitir un juicio sobre su salud. Además, expresan ajuste emocional, estando las medidas, probablemente influenciadas por factores de personalidad (Watten, Vassend, Myher, y Syversen, 1997). Por otra parte, Ames en 1991, hizo una revisión sobre el tema y llegó a la conclusión de que la enfermedad y la dependencia eran las causas más importantes de insatisfacción en las personas que viven en residencias.

Asimismo, parece, que, realizar y estar satisfecho con las **actividades**, como sucedía en el estudio de la comunidad, tanto físicas como de ocio y tiempo libre, está bastante relacionado con el bienestar de nuestros mayores.

Las variables relativas a las **habilidades funcionales**, sobre todo, las que se refieren a la percepción que tienen los sujetos sobre las mismas, tanto actuales como las que esperan tener en el futuro, correlacionan significativamente con los tres indicadores



de satisfacción.. Estos resultados coinciden con los encontrados por (Ames, 1991), comentados cuando nos hemos referido a la salud.

Por otra parte los datos relativos a las relaciones sociales, en esta muestra han sido todavía más relevantes que en la muestra de la comunidad, ya que además de no alcanzar valores significativos entre la **satisfacción con las relaciones sociales** y los tres indicadores de satisfacción, como sucedía en la muestra de la comunidad, en el presente estudio, tampoco hemos encontrado relación entre la **frecuencia de dichas relaciones** y los indicadores de satisfacción.

Hay que destacar, que se han obtenido correlaciones altas con respecto a las **relaciones con el personal de la residencia y con otros residentes** y los tres indicadores de satisfacción. Parece que a los sujetos de la residencia les importa más lo que ocurre dentro de la misma que lo que ocurre fuera. Es como si su mundo se redujera a la residencia.

Por lo que se refiere a la **religiosidad** de los sujetos, en este estudio los resultados son, como sucedía en la comunidad, contrarios a la literatura sobre el tema. No se han encontrado relaciones significativas entre la práctica religiosa y la satisfacción. Una explicación, a la que ya hemos aludido en la discusión del estudio de la comunidad, sería la inadecuada medida utilizada en nuestro estudio. Aunque también podría deberse a las distintas formas de entender la religión en unas culturas u otras, así como también a las distintas religiones estudiadas, ya que la mayoría de las investigaciones sobre este tema, se han llevado a cabo en países anglosajones, en los que la religión a la que pertenecen los individuos es, mayoritariamente, la protestante, y, como se sabe, en nuestro país, la religión predominante es la católica y, las costumbres de práctica de una u otra religión pueden ser diferentes.

Las variables demográficas como **los ingresos** y el nivel de **educación**, que en la muestra de la comunidad correlacionaban a nivel de  $p < .01$  con los tres indicadores de satisfacción, no funcionan de la misma manera cuando se trata de los individuos que viven en residencias, ya que no aparece relación alguna en estas variables con dichos indicadores. Parece ser que valores tan cotizados por nuestra sociedad como el estatus socioeconómico, pierdan su importancia cuando se vive en una residencia. Esto puede deberse a que el tener o no dinero o educación no afecta, demasiado, a la vida en la residencia, y, por tanto, en las instituciones son otros los factores que se valoran, quizás más específicos de la propia institución.

Por último hemos efectuado un análisis factorial, de componentes principales con rotación oblimín, con los elementos que hemos visto tenían relación con satisfacción; dicho análisis ha dado lugar a 6 factores rotados. Salud, residencia, actividad, satisfacción, habilidades funcionales y estatus socioeconómico. Estos 6 factores explican el 64% de la varianza total. El factor llamado "satisfacción" correlaciona con "salud" "residencia" "actividad" y "habilidades funcionales" (.27, .20 .25 -.18 respectivamente), es decir con todos menos con el factor relativo al estatus socioeconómico. Si comparamos este resultado con el obtenido con la muestra de la comunidad, hay que decir que en ambas muestras aparece el factor "salud", pero así como en la comunidad, este factor abarcaba todos los aspectos relativos a la salud (salud objetiva, salud subjetiva y salud psíquica), en la muestra de la residencia la salud subjetiva no satura en este factor, sino que lo hace en el factor de "satisfacción".

La estructura factorial resultante parece bastante satisfactoria, ya que los elementos se han agrupado de una manera lógica y concordante con los resultados obtenidos en los análisis correlacionales.

- *Analizar, la satisfacción con la vida, en función de distintas variables, sociodemográficas, que nos han parecido, particularmente relevantes, como son la edad, el sexo, el estado civil y el estatus.*

En tercer lugar, y con respecto a nuestro tercer objetivo relativo al análisis de la satisfacción con la vida, en función de la edad, el sexo, el estado civil y el estatus socioeconómico.

Podemos concluir que igual que en la comunidad, el estado civil y el estatus socioeconómico han sido las variables que han ejercido un mayor poder discriminativo en las medidas de satisfacción. Pero dicha discriminación no ha ido en la misma dirección según una muestra u otra.

Por lo que se refiere a la edad, ésta no ha discriminado en ninguna de las variables de satisfacción analizadas.

Con respecto al sexo, los hombres están significativamente más satisfechos que las mujeres, pero solo en cuanto a la pregunta en agregado, es decir aquella derivada de una medida general de satisfacción con la vida, como es el PGCMS. Además esta diferencia se mantiene incluso cuando hemos controlado otras variables sociodemográficas como son el estado civil y el estatus socioeconómico.

Por lo que se refiere al estado civil, hemos encontrado diferencias significativas, con respecto a la pregunta relativa a la satisfacción en la actualidad y a la pregunta en agregado sobre satisfacción global.. A la vista de los resultados, las personas solteras que viven en residencias están más satisfechas con la vida en la actualidad, que las casadas y viudas. Este dato puede sorprender porque refleja lo opuesto a lo que ocurría en la comunidad, ya que allí eran las personas casadas las más satisfechas. Estos resultados podrían deberse a que una persona soltera en la comunidad es una minoría.



Con respecto a la pregunta en agregado, y como sucedía en la muestra de la comunidad, las personas mayores viudas, están más insatisfechas que las demás

Por lo que se refiere al estatus, tan valorado por la sociedad, y que en la muestra del domicilio discriminaba tanto en la pregunta global como en la referida a la percepción sobre el envejecimiento, en el sentido esperado, es decir, a mejor estatus mayor satisfacción, como se ha visto en otras investigaciones (Edwards y Klemmack's, 1973 ; Kutner y col, 1956), en esta muestra de la residencia, también ha discriminado en los mismos indicadores (satisfacción global y percepción del envejecimiento) pero no en el sentido esperado, sino que han sido los individuos de estatus medio los más satisfechos. Parece, que al ingresar en una residencia, variables tan relevantes, durante toda la vida de los individuos, como el disfrutar de un elevado estatus, perdieran su importancia.

- *Comparar las variables de satisfacción con la vida en los sujetos que viven en residencias y en los que viven en la comunidad.*

En cuarto lugar, y con el objetivo de comparar las medias obtenidas en las tres variables en función del contexto donde viven los sujetos, domicilio o residencias, ya sean públicas o privadas, solo se han encontrado resultados significativos en lo relativo a la percepción que tienen los individuos sobre su envejecimiento, siendo los sujetos que viven en residencias más optimistas a la hora de juzgar su envejecimiento como satisfactorio. Sin embargo, con respecto a la satisfacción con la vida en la actualidad, los individuos que viven en sus hogares están más satisfechos que los de las residencias, aunque la diferencia encontrada no es significativa, raya en la “frontera” de la significación y, por tanto, podemos hablar de una tendencia en esa dirección.

De todas formas estos resultados aunque esperados por su ocurrencia en otras investigaciones, son contraintuitivos, ya que todos sabemos, la mala opinión que existe sobre las residencias y el miedo, que tienen las personas mayores a algún día tener que solicitar el ingreso en una de ellas. Las razones que podrían explicar estos resultados se analizaron en una investigación llevada a cabo por (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, 1998), en la que se llegó a la conclusión de que había tres causas fundamentales que producían el cambio de opinión : a) Los individuos que habitan en residencias se han adaptado a las mismas, maximizando los factores positivos que la residencia ofrece. Nuevas amistades, tener todo hecho, etc. y minimizando aspectos que para las personas que viven en la comunidad tienen gran relevancia y que en la residencia no se pueden obtener, como puede ser la libertad de horarios y comidas, las relaciones familiares, etc. b) Los individuos que viven en residencias, estaban en una situación muy mala antes de su ingreso. Por tanto valoran muy positivamente su satisfacción sobre todo cuando la comparan con su vida anterior. c) Los individuos tienen mala opinión sobre las residencias porque no las conocen y están mal informados sobre las mismas.

Por otra parte, no se han encontrado diferencias en ningún indicador de satisfacción entre los sujetos que viven en residencias públicas y los que viven en residencias privadas.

- *Comprobar si los datos obtenidos en los sujetos que viven en residencias se ajustan al modelo teórico establecido a partir de los datos obtenidos en la comunidad*

En quinto lugar y para cumplir el objetivo dirigido a comprobar si los datos obtenidos en los sujetos que viven en residencias se ajustaban al modelo teórico establecido a partir de los datos obtenidos en la comunidad. Hemos llegado a la conclusión de que el modelo teórico hallado en la muestra de la comunidad, no se ajusta a los datos de la muestra de las residencias. En otras palabras, no parece existir una validación cruzada de nuestro modelo. No es de extrañar este resultado después de ver los análisis comparativos realizados y, tampoco, si tenemos en cuenta las dos realidades distintas. Parece que el vivir en una residencia es un contexto tan particular y específico que diferencia a sus sujetos de los de la comunidad, no en su satisfacción, como ya hemos comprobado, pero quizás sí en los aspectos que influyen en la misma.

- *Establecer un modelo estructural que explique la satisfacción con la vida de las personas mayores que viven en residencias, a partir de las variables consideradas relevantes para dichas personas*

Por último, dado que los datos no se ajustaban al modelo estructural establecido en la muestra de la comunidad, y para cumplir con el último objetivo propuesto en este estudio, hemos intentado establecer un modelo estructural que explique la satisfacción con la vida de las personas mayores que viven en residencias, a partir de las variables consideradas relevantes para dichas personas.

El modelo estructural definitivo al que se ha llegado en la muestra de la residencia, es altamente satisfactorio por sus índices de bondad de ajuste y porque explica el 65% de la varianza de la satisfacción. De dicho modelo se concluye lo siguiente : Las personas mayores que viven en residencias y están satisfechas con las



relaciones sociales llevadas a cabo dentro de las mismas, realizan más actividades y todo esto hace que estén más satisfechas. Por tanto, igual que sucedía en la muestra de la comunidad, también parece que el modelo se ajusta bastante a los argumentos defendidos por la teoría de la actividad, con una salvedad; en las residencias las personas más felices parecen ser aquellas que centran sus contactos sociales y sus actividades dentro de la residencia.

Por otra parte, también específicamente en las residencias, las habilidades funcionales ejercen un efecto directo importante en la satisfacción de los sujetos. Según el modelo, las personas que perciben mejor sus habilidades funcionales, también tienen una mejor percepción de salud y esto las lleva a estar más satisfechas.

Por lo que se refiere a la actividad de los sujetos que viven en residencias, no tiene un efecto directo sobre la satisfacción, como lo tenía en la muestra de la comunidad, pero si lo tiene indirecto a través de la influencia que tiene en las habilidades funcionales y en las relaciones sociales dentro de la residencia. Por tanto, las personas mayores que realizan actividades, también están más satisfechas con sus relaciones dentro de la residencia y todo esto hace que sus habilidades funcionales sean mejores. Esto se puede justificar por la teoría de la actividad que defiende que el declive tanto cognitivo como físico puede ser contrarrestado por ejercicio físico y compromisos. “úsalo o piérdelo” (Rowe y Kahn, 1987). Además, no hay que olvidar que los dos indicadores de habilidades funcionales incluidos en el modelo, se refieren ambos a aspectos subjetivos de dichas habilidades, por tanto, también puede que expresen ajuste emocional, estando las medidas, probablemente influenciadas por factores de personalidad (Watten, Vassend, Myher, & Syversen, 1997).

Finalmente, la salud subjetiva, como en la muestra de la comunidad, es un factor modulador ya que recibe efectos directos tanto de las habilidades funcionales como de las relaciones en la residencia y ejerce un efecto directo sobre satisfacción de 0,48 ( $p < .01$ ). Por tanto, y como sucedía en la muestra de la comunidad, el encontrarse bien de salud hace que las personas mayores estén más satisfechas. Igual que sucedía con el factor de habilidades funcionales, el factor de salud subjetiva también puede ser que exprese ajuste emocional, y, por tanto, que esté afectado por variables de personalidad.

## CAPÍTULO 8 CONCLUSIONES



## 8. CONCLUSIONES

Vamos a tratar de integrar y sintetizar los resultados y conclusiones que nos han parecido más relevantes y dignos de destacar.

1. Los indicadores utilizados de satisfacción parecen tener una alta fiabilidad (en el sentido de consistencia interna) amen de presentar una alta correlación y una estructura factorial de acuerdo con otros estudios.

A pesar de estos resultados, en puridad, pudiera ser criticable el hecho de evaluar satisfacción solamente con la escala de satisfacción con la vida de Lawton, con 13 ítems en agregado y dos ítems independientes. En futuras investigaciones, nos proponemos ampliar el número de indicadores, de medidas en agregado y de procedimientos de recogida de información.

2. La satisfacción se ve asociada a una serie de variables personales e intrapsíquicas.

Hay que destacar como principales covariantes de la satisfacción, en ambas muestras, las relativas a la salud subjetiva y psíquica de los sujetos. No pudiendo decir lo mismo de la salud objetiva ya que esta variable correlaciona con mucha más fuerza en el caso de la muestra de la comunidad. Quizás las razones que expliquen las diferencias obtenidas en las relaciones entre salud objetiva y satisfacción en la muestra de la comunidad y en la de la residencia, se deban al ambiente en el que se mueven las personas que viven en residencias. En dicho ambiente, todos los individuos tienen una edad similar y elevada, lo que hace que su salud, en la mayoría de los casos, sea deficitaria. Por esta razón, el tener enfermedades puede ser visto

como algo “normal”, por lo que no es un factor tan fuertemente condicionante de su satisfacción. Sin embargo, la salud subjetiva es algo relativo, es decir, el individuo se compara con sus iguales para emitir un juicio sobre su salud. Además, expresa ajuste emocional, estando, probablemente, influenciada por factores de personalidad.

Por otra parte, tanto en la comunidad como en la residencia, realizar actividades, tanto físicas como de ocio y tiempo libre, así como también, la valoración que los sujetos hacen sobre sus habilidades funcionales, está también fuertemente relacionado con el bienestar de nuestros mayores.

No es de extrañar este resultado ya que, uno de los principales motivos de insatisfacción de las personas mayores, es el tener que necesitar a los demás para que les ayuden a realizar las actividades de autocuidado y autonomía personal.

Hay que destacar el resultado inesperado, por su discordancia teórica, al comprobar que, variables como las relativas a la satisfacción sobre las relaciones sociales o a la religiosidad de los sujetos, no correlacionaron en ninguna de las dos muestras. Esto puede deberse, en el caso de la satisfacción con las relaciones sociales a la mala medida utilizada ya que se ha comprobado que dicha medida no discrimina a los sujetos. Por otra parte y por lo que se refiere a los resultados contradictorios encontrados en nuestro estudio sobre religiosidad, pueden deberse, además de al tipo de medida utilizado, a que los sujetos practican distintas religiones en uno u otro país, es decir, sabemos que la religión predominante en España es la católica, y, sin embargo, la mayoría de los estudios realizados para estudiar esta variable se han llevado a cabo en países anglosajones, donde la religión que profesan los sujetos es principalmente la protestante, siendo diferente la práctica de una u otra religión.

Además en la muestra de la residencia, los resultados han sido todavía más discordantes, al comprobar que la frecuencia de relaciones (generalmente familia, amigos) tampoco estaba relacionada con los indicadores de satisfacción. Sin embargo, se han obtenido correlaciones altas con respecto a la satisfacción producida por las relaciones con el personal de la residencia y con otros residentes y los tres indicadores de satisfacción. Es curioso observar como, a las personas mayores que viven en este tipo de instituciones, les importa más lo que ocurre dentro de las mismas que lo que ocurre fuera. Es como si su mundo se redujera a la residencia.

También aquí, es conveniente realizar una autocrítica sobre las variables, potencialmente asociadas con satisfacción, seleccionadas en el estudio y el hecho de no haber incluido otras, potencialmente relevantes, dentro de la personalidad, por razones del tipo de estudio realizado. En otras investigaciones en curso, estamos subsanando este potencial problema.

### 3. La satisfacción de las personas mayores difiere en función de algunas variables sociodemográficas

La edad no ha sido un factor diferenciador de la satisfacción de los sujetos ni en la muestra de la residencia ni en la de la comunidad. Tampoco el sexo ha discriminado en ninguno de los indicadores de satisfacción cuando se trataba de los sujetos que vivían en la comunidad y cuando hemos controlado otras variables sociodemográficas como el estatus socioeconómico o el estado civil. Sin embargo en la residencia si existen diferencias significativas a favor de los hombres con respecto a la pregunta relativa a la satisfacción global

Con respecto al estado civil, en general, las personas más satisfechas de la comunidad, son las casadas, sin embargo en la residencia, han sido las solteras



las que han obtenido puntuaciones más altas en satisfacción. Por lo que se refiere a la percepción sobre el envejecimiento son las personas viudas las más pesimistas al respecto. Quizás las personas solteras que viven en residencias, estaban más predispuestas a vivir en este tipo de instituciones y en ella han encontrado atenciones y servicios que no disponían en la comunidad.

El estatus socioeconómico es una variable que ha discriminado en satisfacción tanto en la muestra de la comunidad como en la de la residencia. De tal forma que, en la muestra de la comunidad, las personas están más satisfechas según aumenta su estatus, sin embargo, en la muestra de la residencia, aunque existen diferencias significativas en dos de los indicadores de satisfacción, éstas no son en el sentido esperado, ya que son los individuos de estatus medio los más satisfechos. Esto puede explicarse debido a que en la residencia el tipo de vida (comidas, atenciones, etc) que se lleva es similar para todo el mundo, por lo que, el tener un estatus mejor o peor no hace que la calidad de vida, dentro de la residencia, varíe.

Todo ello parece indicar que, el vivir en una residencia, influye en los sujetos de tal forma que su satisfacción está condicionada por distintos factores, quizás más relativos a la residencia, que los que condicionan a los sujetos de la comunidad. Es como si la residencia igualara la diversidad individual.

Por otra parte, los análisis de comparación de los indicadores de satisfacción en función del tipo de contexto (comunidad o residencia), indican que, prácticamente, no hay diferencias significativas, en cuanto a la satisfacción de los sujetos, según se viva en un contexto u otro. Solamente se han encontrado diferencias moderadas, a favor de los individuos que viven en residencias, en la pregunta relativa a la percepción sobre el envejecimiento.

De todas formas estos resultados aunque esperados por su ocurrencia en otras investigaciones, son contrarios a las hipótesis; ya que todos sabemos, la mala opinión que existe sobre las residencias y el miedo que tienen las personas mayores a algún día tener que solicitar el ingreso en una de ellas. como se ha comentado, anteriormente, las razones, justificaciones o explicaciones post-hoc que podrían explicar estos resultados podrían ser,: a) Los individuos que habitan en residencias se han adaptado a las mismas, maximizando los factores positivos que la residencia ofrece. Nuevas amistades, tener todo hecho, etc. y minimizando aspectos que para las personas que viven en la comunidad tienen gran relevancia y que en la residencia no se pueden obtener, como puede ser la libertad de horarios y comidas, las relaciones familiares, etc. b) Los individuos que viven en residencias, estaban en una situación muy mala antes de su ingreso. Por tanto valoran muy positivamente su satisfacción sobre todo cuando la comparan con su vida anterior. c) Los individuos tienen mala opinión sobre las residencias porque no las conocen y están mal informados sobre las mismas

4. En relación con las razones o la explicación de la felicidad, y en base a los análisis estructurales realizados, no se ha podido encontrar el mismo modelo a la comunidad y a la residencia, ya que, aunque no haya diferencias en el nivel de satisfacción de los sujetos de la comunidad y los de la residencia, esto no quiere decir que los factores influyentes en dicha satisfacción sean los mismos en un contexto o en otro.

Hay que decir, que el modelo estructural propuesto en cada una de las muestras, es coincidente en ilustrar el gran poder que tiene la actividad en la satisfacción de los mayores. Así como también, aunque en menor medida, las redes sociales para los de la comunidad y las relaciones en la residencia para los

individuos que allí viven, también ejercen un efecto en la satisfacción. Asimismo, la salud subjetiva ejerce un efecto modulador en ambos modelos.

Por otra parte, la gran diferencia entre el modelo propuesto en la comunidad y el de la residencia, ha sido que en la comunidad aparece el factor enfermedad como explicativo de la satisfacción y de la salud subjetiva y, sin embargo, en la residencia en vez del factor enfermedad hemos incluido el de habilidades funcionales como mejor predictor, tanto de la salud subjetiva como de la satisfacción.

Como conclusión final de los modelos estructurales propuestos, hay que destacar, la influencia de las actividades y relaciones sociales en la satisfacción de los mayores, tanto directa como indirectamente, a través de la enfermedad crónica y subjetiva en el caso de la comunidad, y a través de las habilidades funcionales y la salud subjetiva, en el caso de las residencias.

Por tanto, la teoría de la actividad, comentada en el capítulo 2, y que defiende la idea de que para que las personas envejezcan satisfactoriamente deben mantener un nivel óptimo de actividades y de relaciones sociales, sería la teoría más ajustada a nuestros datos y reflejada en ambos modelos.

Como se sabe, este año, 1999, es el año internacional de las personas mayores, y uno de sus slogan ha sido "*muévete*". Bastante sugerente y concordante con nuestros resultados.



## BIBLIOGRAFÍA

## **BIBLIOGRAFÍA**

Alston, J. Y Dudley, C (1973). Age occupation, and Life Satisfaction. *The Gerontologist*, **13**, 58-61.

Allen, I., Hogg, D. & Peace, S (1993). *Elderly People. Choice Participation and Satisfaction*. PSI publishing: London.

Amerigó, M. (1995). *Satisfacción Residencial. Un análisis Psicológico de la vivienda y su entorno*. Alianza Editorial: Madrid.

Anderson, M.R. (1977). A study of the relationship between life satisfaction and self-concept, locus of control, satisfaction with primary relationships, and work satisfaction (Doctoral Dissertation, Michigan State University). *Dissertation Abstracts International*, **38**, 2638 9ª. (University microfilms No. 77. 25,214).

Andrews, F.M. & Inglehart, R.F. (1979): The structure of well-being in nine western societies. *Social Indicators Research*, **6**, 73-90.

Andrews, F.M., & Withey, S.B. (1976). *Social Indicators of Well-Being: America's perception of life quality*. Plenum Press: New York.

Argyle, M. & Beit-Hallahmi, B. (1975). *The social Psychology of Religion*. Routledge and Kegan Paul: London.

Argyle, M. (1987). *La psicología de la felicidad*. Alianza Editorial. Madrid.

Atchley, R. (1985). *Social Forces and Aging: An Introduction to Social Gerontology* (4<sup>th</sup> ed.), Belmont, CA: Wadsworth..

Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Alianza Editorial. Madrid.

Baker, E.K. (1977). Relationship of retirement and satisfaction with life events to locus-of-control (Doctoral Dissertation, university of Wisconsin-Madison, 1976). *Dissertation Abstracts International*, **37**, 4748B (University Microfilms No. 76-28,900).

Baltes, M. M. y Baltes, P.B. (1990). Psychological Perspectives on Successful Aging: The model of Selective Optimization and Compensation. En: P.B. Baltes y M.M. Baltes (Eds) *Successful Aging: perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge University Press: New York.

- Bayés, R., Limonero, J.T., Barreto, P., Comas, M.D. (1997). A way to screen for suffering in palliative care. *Journal of Palliative Care*, **13**, 2, 22-26.
- Beiser, M. (1974) : Components and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, **15**, 320-327.
- Belsky, J.K. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Mason: Barcelona.
- Bergin, A.E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, **14**, 170-184.
- Biedenharn, P.J., & Normoyle, J.B. (1991). Elderly Community Residents' Reactions to the Nursing Home: An Analysis of Nursing Home-Related Beliefs. *The Gerontologist*, **31**, (1), 107-115.
- Bigot, A. (1974). The relevance of american life satisfaction indices for research on british subjects before and after retirement. *Age and Ageing*, **3**, 113-121.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, **36**, 129-148.
- Bradburn, N.M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Aldine.: Chicago.
- Brandt, A.S. (1980). Relationship of locus of control, enviromental constraint, length of time in the institution and twenty-one other variables to morale and life satisfaction, in the institutionalized elderly (Doctoral dissertation. Texas Woman's University (1979). *Dissertation Abstracts International*, 40, 5802B. (University Microfilms N° 80-12, 153).
- Brandtstadter, J., & Renner, G (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustmente : Explication and age-related analysis of assimilation and accommodation strategies of coping. *Psychology and Aging*, **5**, 58-67.
- Brenner, B. (1975). Enjoyment as a preventive of depressive affect, *Journal of Community Psychology*, **3**, 346-357.
- Bryant, F.B. & Veroff, J. (1982). The structure of psychological well-being : A sociohistoriacl analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, **43**, 653-673.
- Brickman, P., & Campbell, D.T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. En: M.H. Appley (Ed), *Adaptation level theory: A symposium*. Academic Press: New York..



- Brown, J.D., & Dutton, K.A. (1995). Truth and consequences : The costs and benefits of accurate self-knowledge. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **21**, 1288-1296.
- Bühler, C. (1961): Old age and fulfillment of life considerations of the use of time in old age, *Acta Psychologica*, 126-148.
- Butt, D.S., & Beiser, M. (1987). Successful aging : A theme for international psychology. *Psychology and Aging*, **2**, 87-94.
- Campbell, A.; Converse, P.E., y Rodgers, W.L.: (1976) *The Quality of American Life*, Russell Sage Foundation: New York.
- Campbell, A. (1981) *The sense of well-being in America : Recent patterns and trends*. McGraw-Hill: New York
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press: New Brunswick.
- Carp, F.M., & Carp, A. (1982). Test of a model of domain satisfactions and well-being: Equity considerations. *Research on Aging*, **4**, 503-522.
- Chekola, M.G. (1975). *The concept of happiness* (Doctoral Dissertation Abstract International, 35, 4609A. (University Microfilms No. 75-655).
- CIRES (1995). *La realidad social española 1993-1994*. Centro para la Investigación de la Realidad Social. Madrid.
- CIS (1990). *Situación social de los viejos en España*. Centro de Investigaciones Sociológicas: Madrid.
- Clark, M., & Anderson, B.G. (1967) *Culture and Aging*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Coan, R.W. (1977). *Hero, artist sage, or saint ?* Columbia University. New York.
- Costa, P.T & McGrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective wellbeing : Happy and unhappy people, *Journal of Personality and Social Psychology*, **38**, 668-678.
- Costa, P.T., Zonderman, A.B., McCrae, R.R., Cornoni-Huntley, J., Locke, B.Z., & Barabano, H.E. (1987). Longitudinal analysis of psychological well-being in a national sample: Stability of mean levels. *Journal of Gerontology*, **42**, 50-55.

- Crimmins, E., M. Hayward, and Y. Saito (1994). Changing Mortality and Morbidity Rates and the Health Status and Life Expectancy of the Older Population. *Demography*, **31**, 159-175.
- Crimmins, E.M., & D.G. Ingegneri (1992). Health Trends in the American Population. En: A.M. Rappaport and S. Schieber (Eds), *Demography and Retirement : The 21<sup>st</sup> Century*. Westport, CT : Greenwood.
- Csikszentmihalyi, M., & Figurski, T.J. (1982). Self-awareness and aversive experience in everyday life. *Journal of Personality*, **50**, 15-24.
- Csikszentmihalyi, M., (1975). *Beyond boredom and anxiety*. Jossey-Bass: San Francisco.
- Cumming, E., & Henry, W.H. (1961). *Growing Old*. Basic Books, New York.
- Cutler, N.E. (1979). Age variations in the dimensionality of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, **28**, 96-110.
- Damianopulus, E. (1961) A Formal statement of disengagement theory. En: E. Cumming and W.E. Henry (dir): *Growing old, the process of disengagement*. Basic Books. New York.
- Dember, W.N., & Penwell, L. (1980). Happiness, depression, and the Pollyanna principle. *Bulletin of the Psychonomic Society*, **15**, 321-323.
- Dermer, M., Cohen, S.J., Jacobson, E., & Anderson, E.A. (1979). Evaluative judgments of aspects of life as a function of vicarious exposure to hedonic extremes. *Journal of Personality and Social Psychology*. **37**, 247-260.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, **95**, 542-575.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, **68**, 653-663.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & y Griffin, S. (1983). *The Satisfaction with Life scale*. Manuscript submitted for publication, University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Diener, E., & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. En: Buunk & R. Gibbon (Eds). *Health coping and social comparison*. Erlbaum: Mahwah, NJ.



Diener, E., Larsen, R.J. (1984). Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral, and cognitive responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, **47**, 580-592.

Diener, E., Larsen, R.J., Levine, S., & Emmons, R.A. (1985) Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect, *Journal of Personality and Social Psychology*, **48**, 1253-1265.

Diener, E. & Lucas, R. (en prensa). Personality and subjective well-being. En : D.Kahneman, E.Diener, & N.Schwarz (Eds). *Understanding quality of life: Scientific perspectives on enjoyment and suffering*. Russell-Sage: New York.

Diener, E., Sandvik E. & Larsen, R.J. (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology*, **21**, 542-546.

Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being : Relative or absolute? *Social Indicators Research*, **28**, 195-223.

Diener, E & Suh, E., Richard, E. & Lucas, R., & Smith, H.L. Subjective well-being : thirty years of progress (1967-1997). Manuscript submitted for publication.

Diez Nicolás, J. (1996). *Los mayores en la comunidad de Madrid*. Caja Madrid: Madrid.

Digman, J.M. & Shmelyov, A.G. (1996). The structure of temperament and personality in Russian children. *Journal of Personality and Social Psychology*, **71**, 341-351.

Doyle, D. & Forehand, M.J. (1984). Life Satisfaction and old age : A reexamination. *Research on Aging*, **6**, 432-448.

Dunning, D., Leuenberger, A., & Sherman, D.A (1995). A new look at motivated inference : Are self serving theories of success a product of motivational forces ? *Journal of Personality and Social Psychology*, **69**, 58-68.

Easterlin, R.A. (1974). Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. En P.A. David & M.W.Redder (Eds). *Nations and households in economic growth*, 89-125. Academic Press: New York.

Edwards, J.N. & Klemmack, D.L. (1973). Correlations of life satisfaction : a re-examination. *Journal of Gerontology*, **28**, 497-502.

Eisdofer, C. (1963). The Wais performance of the aged: A retest evaluation. *Journal of Gerontology*, **18**, 169-172.



- Elder, G.H. (1974). *Children of the Great Depression*. Chicago University Press: Chicago.
- Ellison, C.G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, **32**, 80-99.
- Emmons, R.A. & Diener, E. (1983). Influence of impulsivity and sociability on positive and negative affect. Manuscript submitted for publication, University of Illinois at Urbana, Champaign.
- Emmons, R.A., Larsen, R.J., Levine, S., & Diener, E. (1983). *Factors predicting satisfaction judgments*. Paper presented at the meeting of the Midwestern Psychological Association Convention, Chicago.
- Fernández-Ballesteros, R (1986). Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad. En: A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios (Dir.): *Psicología Evolutiva III*. Alianza Universal: Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R (1992). Dimensiones en la evaluación de la calidad de vida. Documento no publicado. Universidad Autónoma de Madrid: Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R (1992) : Los autoinformes en Fernández-Ballesteros, R (Dir) *Introducción a la Evaluación Psicológica. Vol. 1*. Pirámide: Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R y col (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. SG Editores-Fundación Caja Madrid: Barcelona.
- Fernández-Ballesteros, R (1995). *Sistema de evaluación de residencias de ancianos. SERA*. Inersio: Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Lección inaugural del curso académico 1996-1997. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R (1996). Evaluación en Psicología de la salud. Algunos problemas metodológicos. En: Casullo, M. *Evaluación Psicológica en el campo de la salud*. Paidós: Buenos Aires.
- Fernández-Ballesteros, R (1997). Comments to Hamer's article : Happiness, something other than genetic. Documento no publicado. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Programa para mayores. Madrid*. Obra Social Caja de Madrid: Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. y Maciá, A., (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención social*, 5, 77-94.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Imsero, Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M.D. (1998). Vivir en una residencia, algunas expectativas. En : L. Salvarezza (comp). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Paidós. Buenos Aires.
- Ferrari, N.A. (1962) Institutionalization and attitude change in an aged population: a field study and dissidence theory. Unpublished doctoral dissertation. Western University.
- Fordyce, M.W. (1977a). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 511-521.
- Fordyce, M.W. (1978). *Prospectus. The self-description inventory*. Unpublished manuscript. Edison Community College, Ft. Myers. Florida.
- Fraser, C. (1984). Pay comparisons and pay satisfaction. *Presentado en la conferencia de la European Association for Experimental Social Psychology*.
- Fujita, F (1991). An investigation of the relation between extraversion, neuroticism, positive affect, and negative affect. Unpublished master thesis, university of Illinois at Urbana-Champaign.
- Gartner, J., Larson, D.B., & Allen, G.D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Religion*, 19, 6-25.
- Gatz, M., Pedersen, N.L., Plomin, R., & Nesselroade, J.R. (1992). Importance of shared environments for symptoms of depression in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 701-708.
- George, L.K. (1979). The happiness syndrome : Methodological and substantive issues in the study of social-psychological well-being in adulthood. *The gerontologist*, 19, 210-216.
- Gerrard, C.K., Reznidoff, M. & Riklan, M. (1982). Level of aspiratin, life satisfaction and locus of control in older adults. *Experimenatl Aging Research*, 8, 119-121.



Gibbs, B.A.M. (1973). Relative deprivation and self-reported happiness of blacks: 1946-1966 (Doctoral dissertation, The University of Texas, 1972). *Dissertation Abstracts International*, 34, 885A. (University Microfilms No. 73-18,429).

Goldsmith, H.H., & Campos, J.J. (1986). Fundamental Issues in the study of early temperament : The Denver twin temperament study. En: M.E.Lamb, A.L. Brown, & B.Rogoff (Eds Advances in developmental psychology (pp 231-283). Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale: New Jersey.

Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Kairós: Barcelona.

Gorman, B.S. (1972). A multivariate study of the relationships of cognitive control and cognitive style principles to reported daily mood experiences. (Doctoral dissertation, City University of New York, 1971). *Dissertation Abstract International*, 32, 4211B. (University Microfilms, N° 72-5071).

Green, D.P., Goldman, S.L., & Salovey, P. (1993). Measurement error masks bipolarity in affect ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1029-1041.

Gurin, G.; Veroff, J., y Feld, S. (1960). *Americans View their: Mental Health. A Nationwide Interview Study* Basic Books: New York.

Hamer, D.H. (1996). The heritability of happiness. *Nature genetics*, 14, 25-26.

Havighurst, R, y Tobin, S. (1961). The Measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.

Havighurst, R.J.; Neugarten, B.L., y Tobin, S.S. (1968). Disengagement and patterns of aging. En: B.B. Neugarten (ed): *Middle Age and Aging*, University of Chicago Press, Chicago.

Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being : Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 731-739.

Herzog, A.R., & Rodgers. W.L. (1981). Age and satisfaction : Data from several large surveys. *Research on aging*, 3, 142-165.

Hochschild, A.R. (1975), Disengagement Theory: A Critique and Proposal, *American Sociological Review*, 40, 553-569.



Holden K; McBride T; Perozed M (1997). Expectations of Nursing Home Use in the Health and Retirement Study: The Role of Gender, Health, and Family Characteristics. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, **52**, (5), 240-251.

Horley, J., & Lavery, J.J. (1995). Subjective well-being and age. *Social Indicators Research*, **34**, 275-282.

Houston, J.P. (1981). The pursuit of happiness. Glenview, IL: Scott, Foresman *Journal of Aging and Human Development*, **14**, 277-290.

Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton University Press: Princeton, NJ

Jöreskog, K.G & Söborn, D. (1989). *LISREL 7 user's reference guide*. Scientific Software. Mooresville, Indiana.

Kalish, R.A. (1972) Of social values and the dying: A defense of Disengagement. *The Family Coordinator*, **21**, 735-736.

Kalish, R.A. (1983). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Pirámide. Madrid.

Kammann, R. (1982). Personal circumstances and life events as poor predictors of happiness. *Paper presented at the 90th Annual Convention of the American Psychological Association*, Washington, DC.

Kammann, R., Ferrya, M & Herbison, P (1982). The analysis and measurement of the sense of well-being. Manuscript submitted for publication. University of Otago. New Zealand.

Kammann, R. & Flett, R. (1983) Affectometer 2: a scale to measure current level of general happiness. *Australian Journal of Personality*, **52**: 107-123.

Kearl, M.C. (1981-1982). An inquiry into the positive personal and social effects of old age stereotypes among the elderly. *International*

Klemmack, D.L. y Roff, L.L. (1984) Fear of personal aging and subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology*, **39**, 356-358.

Kozma, A., & Stones, M.J. (1978). Some research issues and findings in the study of psychological well-being in the ages. *Canadian Psychological Review*, **19**, 241-249.

Kozma, A., & Stones, M.J. (1980). The measurement of happiness: Development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH). *Journal of Gerontology*, **35**, 906-912.

Kozma, A., Stone, S., & Stones, M.J. (1997). Stability in components and predictors of subjective well-being. *Paper delivered at the First Conference of the International Society of Quality of Life Studies*. Charlott: North Carolina.

Krause, J.S., & Sternberg, M. (1997). Aging and adjustment after spinal cork injury : The roles of chronological age, time since injury, and environmental change. *Rehabilitation Psychology*, **42**, 287-302.

Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*, Macmillan, New York.

Kushman, J. & Lane, S. (1980). A multivariate analysis of factors affecting perceived life satisfaction and psychological well-being among the elderly. *Social Science, Quarterly*, **61**, 264-277.

Kutner, B y col. (1956): *Five Hundred Over Sixty. Community Survey on Aging*. Russell Sage Foundation: New York.

Larsen, R.J., Emmons, R.A. & Diener, E. (1983) : Validity and meaning of measures of subjective well-being. Paper presented at the Midwestern Psychological Association Convention. Chicago.

Larsen, R.J. (1983). Manual for the Afect Intensity Measure. Unpublished manuscript, University of Illinois at Champaign-Urbana.

Larson, R. (1978). Thirty years of older Americans, *Journal of Gerontology*, **33**. 109-125.

Lawton, M.P. (1972). The dimensions of morale. En: D.P.Kent, R.Kastenbaum y S.Sherwood (Eds). *Research planning and action for the elderly* (144-165). Behavioral Publications: New York

Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, **30**, 85-89.

Lehr, U., (1988). *Psicologia de la senectud*. Herder: Barcelona

Levin, F.S., Chatters, L.M. (1998): Religion, Health, and Psychological Well-Being in Older Adults. *Journal of aging and health*, **10** (4), 504-531.



- Lewinsohn, P.M., & MacPhillamy, D.J. (1974). The relationship between age and engagement in pleasant activities. *Journal of Gerontology*, **29**, 290-294.
- Loewenstein, G & Frederick, S. (en prensa). Hedonic adaptation: From the bright side to the dark side. En: D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds). *Understanding quality of life: Scientific perspectives on enjoyment and suffering*. Russell-Sage: New-York.
- Lohmann, N.L.P. (1977). Comparison of life satisfaction, morale and adjustments scales on an elderly population (Doctoral Dissertation, Brandeis University).
- Longino, C.F y Kart, C.S. (1982). Explicating Activity Theory: A Formal Replication, *Journal of Gerontology*, **37**, 713-722.
- Lucas, R. E., Diener, E., Grob, A., Suh, E.M., & Shao, L (1998). Cross cultural evidence for the fundamental features of extraversion : The case against sociability. Manuscript submitted for publication, University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Lu, L. (1995). The relationship between subjective well-being and psychosocial variables in Taiwan. *Journal of social psychology*, **135**, 351-357.
- Luo, L. (1996) Sources of Happiness: A qualitative approach, *Journal of Social Psychology*, 181-187.
- Lykken, D.T., McGue, M. Tellegen, A. & Bouchark, T.J. (1992) Emergenesis. Genetic Traits that may not run in families. *American Psychologist*, **47**, 1565-1577.
- Lykken, D.T., & Tellegne, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, **7**, 186-189.
- Lyubomirsky, S., & Ross, L (1997). Hedonic consequences of social comparison : A contrast of happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, **73**, 1141-1157.
- Maddox, G.L. (1963): Activity and morale: A longitudinal study of selected subjects. *Social Forces*, **42**, 195-204.
- Maddox, G.L. (1965): Fact and artifact: Evidence bearing on disengagement theory. *Hum. Dev*, **8**, 117-130.
- Maddox, G.L. (1966). Persistence of life style among the elderly. Proc. 7<sup>th</sup> Intern. Congreso de Gerontología de Viena, 309-311.



Magnus, K., Diner, E. (1991). A longitudinal analysis of personality, life events, and subjective wellbeing. Paper presented at their 63<sup>rd</sup> Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association, Chicago.

Mariás, J. (1987). *La felicidad humana*. Alianza Editorial. Madrid.

Mastekaasa, A (1992). Marriage and psychological well-being : Some evidence on selection into marriage. *Journal of Marriage and Family Relations*, **54**, 901-911.

Mastekaasa, A (1994a). Psychological well-being and marital dissolution : Selection effects. *Journal of Family Issues*, **15**, 208-228.

Mastekaasa, A (1994b). The subjective well-being of the previously married : The importance of unmarried cohabitation and item since widowhood of divorce. *Social Forces*, **73**, 665-692.

Matlin, M.W., & Gawron, V.J. (1979). Individual differences in Pollyannaism. *Journal of Personality Assessment*, **43**, 411-412.

Matlin, M.W., & Stang, D. (1978). *The Pollyanna principle*. Schenkman: Cambridge, MA.

McFarland, C., & Miller, D.T. (1994). The framing of relative performance feedback : Seeing the glass as half empty or half full. *Journal of Personality and Social Psychology*, **66**, 1061-1073.

McGill, V.J. (1967). *The idea of happiness*. Praeger: New York

McGue, M., & Christensen, K. (1997). Genetic and environmental contributions to depression symptomatology : Evidence from Danish twins 75 years of age and older. *Journal of Abnormal Psychology*, **106**, 439-448.

McKenell, A.C. (1974). Surveying subjective welfare : Strategies and methodological considerations. En : B. Strumpel (Ed.). *Subjective elements of well-being* (pp. 45-72). Organization for Economic Development and Cooperation. Paris.

McKenell, A.C. & Andrews, F.M. (1980). Models of cognition and affect in perception of well-being. *Social Indicators Research*, **8**, 257-298.

Mehnert, T., Krauss, H.H., Nadler, R., & Boyd, M. (1990). Correlates of life satisfaction in those with disabling conditions. *Rehabilitation Psychology*, **35**, 3-17.

Michalos, A.C. (1980). Satisfaction and happiness. *Social Indicators Research*, **8**, 385-422.

- Montorio, I. (1994): *La persona mayor, guía aplicada de evaluación psicológica*. Inersio, Madrid.
- Moody, H.R. (1994). *Aging Concepts and Controversies*. Pine Forge Press, London.
- Moriwaki, S.Y. (1974): The Affect Balance Scale: A validity study with aged samples. *Journal of Gerontology*, **29**, 73-78.
- Natale, M. & Hantas, M (1982). Effect of temporary mood states on selective memory about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, **42**, 927-934.
- Neugarten, B.L.(1968). Adult personality: Toward a psychology of the life-cycle. En: B.L. Neugarten (ed) *Middle Age and Aging*. University of Chicago Press: Chicago
- Neugarten, B.L. (1972). Personality and the aging process, *The Gerontologist*, **12**, 9-15.
- Neugarten, B.L., Havinghurst, R.J., & Tobin, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, **16**, 134-143.
- Neugarten, B.L., Havinghurst, R.J., & Tobin, S.S. (1968). Personality and patterns of aging. En: B.L. Neugarten (ed). *Middle age and aging: A reader in social psychology*. University of Chicago Press: Chicago.
- Ogilvie, D.M. (1987). Life satisfaction and identity structure in late-middle-aged men and women. *Psychology and Aging*, **2**, 217-224.
- Okma, P., & Veenhoven, R. (1996). Is a longer life better? Happiness of the very old in 8 EU countries. Manuscript in preparation.
- Okun, M.A., Stock, W.A. (1987). The construct validity of subjective well-being measures: An assessment via quantitative research syntheses. *Journal of Community Psychology*, **15** (4), 481-492.
- Palmore, E (1970). *Normal aging II. Reports from the Duke-Longitudinal Study*. Duke Univ. Press, Durham, N.C.
- Palmore, E y Luikart, C (1972). Health and ial Factors Related to Life Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, **13**, 68-80.
- Palmore, E. & Kivett, V. (1977): Change in life satisfaction: A longitudinal study of persons aged 46-70. *Journal of Gerontology*, **32**, 311-316.



- Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *The Gerontologist*, **19**, 427-431.
- Palys, T.S., & Little, B.R. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal projectsw systems. *Journal of Personality and social Psychology*, **44**, 1221-1230.
- Parducci, A. (1968). The relativism of absolute judgements. *Scientific American*, **219**, 84-90.
- Parducci, A. (1982). Toward a relational theory of happiness. Paper presented at the 90th Annual Convention of the Amercian Psychological Association, Washington, DC.
- Pihlblad, C y Adams, D. (1972). Widowhood, Social Participation and Life Satisfaction. *Aging and Human Development*, **3**, 323-330.
- Plomin, R., Lichtenstein, P., Pedersen, N.L., McClearn, G.E., & Nesselroade, J.R. (1990). Genetic influence on life events during the last half of the life span. *Psychology and Aging*, **5**, 25-30.
- Rapkin, B.D., & Fischer, K (1992). Framing the construct of life satisfaction in terms of older adults personal goals. *Psychology and Aging*, **7**, 138-149.
- Reid, D.W. & Ziegler, M. (1977). A survey of the reinforcements and activities elderly citizens feel are important for their general happiness. *Essence*, **2**, 5-24.
- Reichard, S.; Livson, F., y Petersen, P.G. (1962). *Aging and Personality: A Study of 87 Older Men*. Wiley: New York.
- Richart, M; Reig, A, y Cabrero, J. (1999). *La calidad de vida en la vejez. Sus determinantes biológicos, psicológicos y sociales*. Club Universitario, Alicante.
- Riquelme A; Buendía J. (1997) Fuentes de estrés Residencial, Bienestar Subjetivo y adaptación a la Institución en usuarios de Residencias Geriátricas. *Geriatrka*, **13**, (10), 441-447.
- Riley, M.W., y Foner, A. (1968): *An inventory of research findings, Aging and Society, vol. 1*. Russel Sage Foundation: New York
- Rowe, J W., y Kahn, R.L. (1987). Human Aging: Usual and Successful. *Science*, **237**, 143-149.



- Rubio Herrera, R.; Aleixandre Rico, M.; Villaverde, C.; Cabezas Casado, J.L. y Castellón A. (1997): Calidad de Vida y Senectud, estudio comparativo en función del sexo. *Geriatrka* **13**, 383-388.
- Ryff, C.D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Exploration of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, **57**, 1069-1081.
- Ryff, C.D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, **6**, 286-295.
- Ryff, C.D. (1995), The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, **69**, 719-727.
- Scitovsky, T. (1976). *The joyless economy*. Oxford University Press: Oxford
- Scott, C.K. (1991). Marital status and well-being. Unpublished doctoral dissertation. University of Illinois, Champaign, IL.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health : Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, **4**, 219-247.
- Schroots, H., Fernández-Ballesteros, R., Rudinger, G (1998). *Aging in Europe..* IOS Press: Amsterdam.
- Schulz, R. & Decker, S. (1985). Long-term adjustment to physical disability: the role of social support, perceived control, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology*, **48**, 1162-1172.
- Schwartz, N. & Clore, G.L. (1983) Mood, misattribution and judgments of well-being: information and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, **45**, 513-523.
- Schwartz, N., Strack, F., Kommer, D. & Wagner, D. (1984). Success, rooms and the quality of your life: further evidence on the informative function of affective states. Conference of European Association of Experimental Social Psychology. Tilburg.
- Schwarz, N., & Clore, G.L. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affectives states. *Journal of Personality and Social Psychology*, **45**, 513-523.

- Sherwood, S., Glassman, J., Sherwood, C. & Morris, J.N. (1974). Preinstitutionalization factors as predictors of adjustment to a long-term care facility. *International Journal of Aging and Human Development*, **5**, 95-105.
- Shin, D.D., & Johnson, D.M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, **5**, 475-492.
- Shmotkin, D (1990). Subjective well-being as a function of age and gender : A multivariate look for differentiated trends. *Social Indicators Research* **23**, 201-230.
- Simmons, L.W. (1945), *The Role of the Aged in Primitive Societies*,: Yale University Press: New Haven, CT.
- Solomon, R.L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, **35**, 691-712.
- Spreitzer, E y Snyder, E (1974). Correlates of Life Satisfaction Among the Aged. *Journal of Gerontology*, **26**, 464-477.
- Stock, W., Okun, M.A., Haring, M.J., Witter, R.A. (1983). Age and subjective well-being : A metaanalysis
- Strack, F., Schwarz, N., & Gschneidinger, E. (1985). Happiness and reminiscing : the role of time perspective, affect, and mode of thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, **49**.
- Strawbridge, W.J., Shema, S.J., Cohen, R.D., Roberts & Kaplan (1998). Religiosity buffers the effects of some stressors on depression, but exacerbates the effects of other stressors such as marital problems and abuse. *Psychological Sciences and Social Sciences*, **53**, 118-126.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G., & Schut (1996). The Role of Loneliness and Social Support in Adjustment to loss: A test of Attachment Versus Stress Theory. *Journal of Personality and social Psychology*, **70**, 1241-1249.
- Sweeney, P.D., Schaeffer, D.E., & Golin, S. (1982). Pleasant events, unpleasant events, and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, **43**, 136-144.
- Tait, M., Padgett, M.Y., & Baldwin, T.T. (1989). Job and life satisfaction. A reevaluation of the Strength of the relationship and gender effects as a function of the Date of the study. *Journal of Applied Psychology*, **74**, 502-507.
- Tallmer, M. y Kutner, B: (1970): Disengagement and morale. *Gerontologist*, **10**, 317-320.



- Tatarkiewicz, W. (1976). *Analysis of happiness*. The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Taylor, M.C. (1982) Improved conditions, rising expectations, and dissatisfaction: a test of the past/present relative deprivation hypothesis. *Social Psychology Quarterly*, **45**, 24-33.
- Tellegen, A. (1979). Differential Personality Questionnaire, Unpublished manuscript, University of Minnesota.
- Thomae, H (1976) (dir). *Patterns of Aging. Findings from the Bonn Longitudinal Study of Aging*. Karger: Basilea, New York.
- Tilburg, Gerrard, C.K., Reznikoff, M., & Riklan, M. (1982). Level of aspiration, life satisfaction and locus of control in older adults. *Experimental Aging Research*, **8**, 119-121.
- Turner, J. & Giles, H. (1981). *Intergroup Behaviour*. Blackwell: Oxford.
- Underwood, B & Froming, W.J. (1980). The mood Survey. A personality measure of happy and sad moods. *Journal of Personality Assessment*, **44**, 404-414.
- Usui, W.M., Keil, T.J., & Phillips, D.D. (1983). Determinants of life satisfaction : A note on a race-interaction hypothesis. *Journal of Gerontology*, **38**, 107-110
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. D. Reidel Publishing Company: Dordrecht .
- Veenhoven, R (1989) Does happiness bind ? Marriage chances of the unhappy. En: R. Veenhoven (Ed). *How harmful is happiness ? Consequences of enjoying life or not*. University of Rotterdam Press: Rotterdam.
- Veenhoven, R. (1994b). Is happiness a trait? *Social Indicators Research*, **32**, 101-160.
- Wan, T y Livieratos, B. (1978). Interpreting a General Index of Subjective Well-Being. *Health and Society (Milbank Memorial Fund Quarterly)* **56**, 531-556.
- Warr, P., Barter, J. & Brownbridge, G. (1983). On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, **44**, 644-651.
- Watson, D y Pennebaker, J (1989). Health complaints, stress and distress : exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, **96**, 234-254.



Watten, R. G., Syversen, J.F., & Myhrer, T., & Syversen, J.L. (1997). Personality factors and somatic symptoms. *European Journal of Personality*, **11**, 57-68

Wessman, A.E. & Ricks, D.F. (1966). *Mood and personality*. Holt, Rinehart & Winston. New York.

Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, **67**.

Wilson, W.R. (1960). An attempt to determine some correlates and dimensions of hedonic tone (Doctoral dissertation, Northwestern University, 1960) Dissertation Abstracts, **22**, 2814 (University Microfilms No. 60-6588).

Wills, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, **90**, 245-271.

Witter, R.A., Okun, M.A., Stock, W.A., & Haring, M.J. (1984). Education and subjective well-being : a meta-analysis. *Education Evaluation and Policy Analysis*, **6**, 165-173.

Wood, J.V. (1996). What is social comparison and how should we study it. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **22** 520-537.

Zajonc, R.B. (1980). Feeling and Thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, **35**, 151-175.

Zevon, M.A. & Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, **43**, 111-122.

ANEXO I

# INTERCAMPO, S.A.

Cl. Fuencarral, 125 5ª  
28.010 MADRID  
Telfs.: 446 53 64/446 28 75

ESTUDIO CALIDAD DE VIDA 3ª EDAD  
IC.-2473 MAYO-1.993

CUESTIONARIO Nº \_\_\_\_\_

ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_  
RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C. Autónoma \_\_\_\_\_

**PRESENTACION:** INTERCAMPO está realizando un estudio sobre la calidad de vida en la 3ª edad. (Si la entrevista se hace en residencia decir "Vd.". Su hogar ha sido seleccionado aleatoriamente y le agradeceríamos nos contestara a este cuestionario. Las respuestas nunca se tratarán individualmente, son utilizadas para elaborar tablas estadísticas, y están protegidas por el secreto estadístico según el Decreto de 31 de Diciembre de 1.945.

## P.0.- MUESTRA

- Entrevista en hogar ..... 1
- Entrevista en residencia pública ..... 2
- Entrevista en residencia privada ..... 3

## P.0.0.- REALIZACION DE LA ENTREVISTA

- El entrevistado contesta solo ..... 1
- El entrevistado contesta con ayuda de otra persona ..... 2

P.0.0.0.- ANOTAR SI LA ENCUESTA ES 1ª VISITA, 2ª VISITA O SUSTITUCION.

## 1. ESTADO MENTAL

**P.1.- PARA EMPEZAR Y ANTES DE NADA VOY A HACERLE UNA SERIE DE PREGUNTAS MUY FACILES DE RESPONDER. EL ENTREVISTADOR DEBE MARCAR SI LA RESPUESTA DEL ENTREVISTADO ES CORRECTA O NO LO ES, NO HACE FALTA MARCAR LA RESPUESTA TEXTUAL (SALVO PARA LA PREGUNTA 9)**

	CO- RRECTO	INCO- RRECTO	NS NC
1 ¿Cuál es el día y la fecha de hoy? .	1	2	9
2 ¿Cuál es el nombre de esta ciudad o pueblo? .....	1	2	9
3 ¿Cuál es el nombre de este barrio/ residencia? .....	1	2	9
4 ¿Cuáles son sus señas? .....	1	2	9
5 ¿Cómo se llama el Rey? (JUAN CARLOS I) .....	1	2	9
6 ¿Cuál es el nombre del presidente del gobierno español? (Felipe González) .....	1	2	9
7 ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del gobierno? (Leopoldo Calvo Sotelo o Suarez) .....	1	2	9
8 ¿De qué color es la bandera española? (roja y amarilla o gualda) .....	1	2	9
9 ¿Cuál es el apellido de su madre? .....	1	2	9
9a ¿Y Vd. cómo se apellida? .....	1	2	9
(Redondear correcto o incorrecto en función de 9 y 9a)			
10 Restar 3 de 20 y seguir de tres en tres hasta el final) (17-14-11-8-5-2) .....	1	2	9
(Redondear las que diga bien)			
Nº DE ACIERTOS: _____			

**ENTREVISTADOR: SI EL ENTREVISTADO COMETE 0 A 3 ERRORES HACERLE LA ENTREVISTA A EL SOLO, SIN QUE INTERVENGA EN LAS RESPUESTAS SU ALLEGADO.**

**SI EL ENTREVISTADO COMETE 4 O MAS ERRORÉS EN LAS 10 PREGUNTAS ANTERIORES REALIZAR LA ENTREVISTA CON LA AYUDA DE UN ALLEGADO PARA LAS PREGUNTAS OBJETIVAS (NO MARCADAS CON \*).**

**LAS PREGUNTAS SUBJETIVAS (MARCADAS CON \*) DEBEN SER CONTESTADAS POR EL ENTREVISTADO, ES PREFERIBLE ANOTAR NS/NC QUE ANOTAR LA RESPUESTA DEL ALLEGADO EN ESTOS CASOS.**

**EL ENTREVISTADOR DEBERA IMPEDIR QUE EL ALLEGADO CONTESTE POR EL SUJETO.**

## 2. SALUD

### 2.1. SALUD SUBJETIVA

**\* P.2.- EN LOS ULTIMOS DOCE MESES, ¿DIRIA VD. QUE SU ESTADO DE SALUD HA SIDO?:**

- Bueno ..... 3
- Regular ..... 2
- Malo ..... 1
- NS NC ..... 9

**\* P.3.- ¿SE SIENTE VD. SATISFECHO CON SU ACTUAL ESTADO DE SALUD?**

- Nada ..... 1
- Algo ..... 2
- Bastante ..... 3
- Mucho ..... 4
- NS NC ..... 9

**\* P.4.- ¿CREE VD. QUE SU ESTADO DE SALUD ES AHORA MEJOR, PEOR O IGUAL QUE HACE UN AÑO?**

- Mejor ..... 3
- Igual ..... 2
- Peor ..... 1
- NS NC ..... 9



**\* P.5.- ¿CREE VD. QUE SU ESTADO DE SALUD SERA MEJOR, PEOR O IGUAL EL AÑO PROXIMO?**

- Mejor .....	3
- Igual .....	2
- Peor .....	1
- NS NC .....	9

**\* P.6.- COMPARE SU ESTADO DE SALUD CON EL DE OTRAS PERSONAS DE SU MISMA EDAD QUE VD. CONOZCA Y DIGAME SI SU ESTADO DE SALUD ES:**

- Mejor .....	3
- Igual .....	2
- Peor .....	1
- NS NC .....	9

## 2.2. SALUD OBJETIVA

**P.7.- RECUERDA SI, EN EL ULTIMO AÑO, HA PADECIDO ALGUNO DE LOS PROBLEMAS CRONICOS QUE LE ENUMERO A CONTINUACION? (PRESENTAR TARIETA A)**

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	NS NC
- Insomnio/tomo pastillas para dormir ....	1	2	3	4	9
- Corazón o circulación ..	1	2	3	4	9
- Reumatismo, artrosis o artritis, ciática, lumbago o dolor de espalda ..	1	2	3	4	9
- Problemas de la boca o encías (si lleva dentadura postiza, pero no tiene problemas anotar nunca) .....	1	2	3	4	9
- Varices .....	1	2	3	4	9
- Problemas persistentes en los pies .....	1	2	3	4	9
- Tensión alta .....	1	2	3	4	9
- Dolor de cabeza, jaqueca, migraña ....	1	2	3	4	9
- Dolencias del estómago ..	1	2	3	4	9
- Estreñimiento .....	1	2	3	4	9
- Bronquitis o asma ..	1	2	3	4	9

**P.8.- ¿HA TENIDO VD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DOLORES O SINTOMAS EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS? (PRESENTAR TARIETA A)**

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	NS NC
- Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones .....	1	2	3	4	9
- Mareos o vahídos ..	1	2	3	4	9
- Tos, catarro o gripe ..	1	2	3	4	9
- Tobillos hinchados ..	1	2	3	4	9
- Cansancio sin razón aparente .....	1	2	3	4	9
- Dificultad para dormir ..	1	2	3	4	9
- Flojedad en las piernas ..	1	2	3	4	9
- Dificultad para respirar o sensación de falta de aire .....	1	2	3	4	9
- Palpitaciones .....	1	2	3	4	9
- Dolor u opresión en el pecho .....	1	2	3	4	9
- Manos o pies fríos ..	1	2	3	4	9

(Continuación P.8)

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	NS NC
- Adormilado durante el día .....	1	2	3	4	9
- Boca seca .....	1	2	3	4	9
- Sensación de náuseas o ganas de vomitar ..	1	2	3	4	9
- Gases .....	1	2	3	4	9
- Levantarse a orinar por las noches .....	1	2	3	4	9
- Escapársele la orina ..	1	2	3	4	9
- Zumbido de oídos ..	1	2	3	4	9
- Hormigueos en los brazos o en las piernas ..	1	2	3	4	9
- Picores en el cuerpo ..	1	2	3	4	9
- Sofocos .....	1	2	3	4	9
- Llorar con facilidad ..	1	2	3	4	9

**P.9.- DURANTE LAS DOS ULTIMAS SEMANAS, ¿HA TOMADO VD. ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO DE LOS QUE LE VOY A INDICAR A CONTINUACION?**

	SI	NO	NS/NC
- Medicinas para el reuma .....	1	2	9
- Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios .....	1	2	9
- Medicinas para el dolor (por ej. aspirina) ..	1	2	9
- Medicinas para bajar la fiebre .....	1	2	9
- Reconstituyentes, vitaminas, minerales, tónicos .....	1	2	9
- Medicinas para el corazón y circulación ..	1	2	9
- Medicinas para la tensión arterial .....	1	2	9
- Laxantes .....	1	2	9
- Medicinas para alteraciones digestivas ..	1	2	9
- Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir .....	1	2	9
- Antidepresivos o estimulantes .....	1	2	9
- Antibióticos .....	1	2	9
- Medicamentos para la alergia .....	1	2	9

**P.10.- ¿PODRIA DECIRME CUANTAS VECES HA IDO VD. AL MEDICO EN EL ULTIMO AÑO?**

### ANOTAR

Ninguna .....	00
98 veces o más .....	98
NS NC .....	99

**P.11.- EN EL ULTIMO MES, ¿CUANTOS DIAS SE HA VISTO OBLIGADO A GUARDAR CAMA POR ALGUNA ENFERMEDAD O DOLENCIA? (MAXIMO 31 DIAS)**

### ANOTAR

Ninguno .....	00
NS NC .....	99

**P.12.- DURANTE EL ULTIMO AÑO, ¿CUANTAS VECES HA ESTADO VD. INGRESADO COMO PACIENTE AUNQUE SOLO FUESE DURANTE UNA NOCHE EN ALGUNA CLINICA U HOSPITAL?**

### ANOTAR

Ninguna .....	00	Pasar a P.13
98 veces o más .....	98	
NS NC .....	99	

**P.12A.- ¿CUANTO TIEMPO ESTUVO VD. INGRESADO LA ULTIMA VEZ?**

### ANOTAR

98 días o más .....	98
NS NC .....	99

**P.12B.- ¿CUAL FUE LA RAZON DEL INGRESO?**

- Intervención quirúrgica ..... 1
- Enfermedad crónica ..... 2
- Accidente ..... 3
- Otra razón, ¿cuál? ..... 4
- NS NC ..... 9

**(A TODOS)**

**P.13.- ¿CUAL O CUALES DE LAS SIGUIENTES POSIBLES FORMAS DE ASISTENCIA SANITARIA QUE VOY A LEERLE TIENE VD.?**

	SI	NO	NS/NC
- Seguridad Social .....	1	2	9
- Mutuality .....	1	2	9
- Sociedad médica, iguala ..	1	2	9
- Privada .....	1	2	9
- No tiene ningún seguro ..	1	2	9

**P.14.- ¿USA VD. GAFAS O LENTILLAS?**

- Siempre ..... 1
- Sólo para leer ..... 2
- Sólo para lejos ..... 3
- No usa ..... 4
- NS NC ..... 9

**P.14A.- ¿HA PADECIDO O PADECE ACTUALMENTE DE:**

	Sí ha padecido	Sí padece	No	NS NC
- Cataratas .....	1	2	3	9
- Glaucoma .....	1	2	3	9

(ENTREVISTADOR: SI NO ENTIENDE GLAUCOMA ANOTAR NS/NC)

**P.15.- ¿TIENE VD. PROBLEMAS PARA OIR, ES DECIR, OYE VD. BIEN?**

- Perfectamente ..... 1
- Bastante bien ..... 2
- Regular ..... 3
- Mal ..... 4
- Nada ..... 5
- NS NC ..... 9

**2.3. SALUD PSIQUICA**

**P.16.- ¿PODRIA DECIRME CON QUE FRECUENCIA LE OCURREN LAS SIGUIENTES CUESTIONES QUE LE VOY A INDICAR? (PRESENTAR TARIETA B)**

	Frecuen- temente	A Veces	Casi Nunca	NS Nunca	NC
- Encontrarse desorientado o como "ido"? .....	4	3	2	1	9
- Sentirse deprimido, triste, indefenso o desesperado? ..	4	3	2	1	9
- Tener problemas para prestar atención y concentrarse? .....	4	3	2	1	9
- Olvidar el día de la semana o lo que ha estado haciendo? .....	4	3	2	1	9
- Llorar o reír sin motivo? ..	4	3	2	1	9

**(Continuación P.16)**

	Frecuen- temente	A Veces	Casi Nunca	NS Nunca	NC
- Sentirse nervioso o angustiado? .....	4	3	2	1	9
- Perder los nervios en algunas situaciones? ...	4	3	2	1	9
- Tener ideas que no puede quitarse de la cabeza? ..	4	3	2	1	9
- Olvidarse de las cosas que hizo ayer? .....	4	3	2	1	9
- Olvidarse de dónde puso sus objetos personales? ..	4	3	2	1	9
- Perderse en algún lugar? ..	4	3	2	1	9
- Sentirse observado o/y perseguido? .....	4	3	2	1	9

**2.4. CONDUCTAS DE RIESGO (ESTILOS DE VIDA)**

**P.17.- ¿FUMA O HA FUMADO VD.?**

- Sí fuma en la actualidad .. 1
- No fuma pero ha fumado .. 2
- No fuma ni ha fumado ... 3
- NS NC ..... 9

**→ P.17A.- ¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMA O FUMABA AL DIA?**

- Menos de 10 cigarrillos ..... 1
- Entre 10 y 20 cigarrillos ..... 2
- Más de 20 cigarrillos ..... 3
- No fumaba cigarrillos (puros, pipa) ... 4
- NS NC ..... 9

**P.18.- DE LAS SIGUIENTES BEBIDAS ALCOHOLICAS, PODRIA DECIRME ¿CON QUE FRECUENCIA SUELE VD. BEBERLAS? (PRESENTAR TARIETA C)**

	Más Una vez día	Una vez día	Una o dos veces semana	Sólo en ocasio- nes es- peciales	Nunca	NC
- Cerveza, sidra ..	5	4	3	2	1	9
- Vino, champaña ..	5	4	3	2	1	9
- Vermut, fino, jerez y otros vinos de alta graduación ...	5	4	3	2	1	9
- Licores (anís, coñac, whisky, ron, ginebra, aguardiente, cubalibres y otros combinados	5	4	3	2	1	9

**P.19.- ¿DIRIA VD. QUE SU APETITO ES NORMALMENTE:**

- Bueno ..... 1
- Regular ..... 2
- Malo ..... 3
- NS NC ..... 9

**P.20.- ¿SIGUE ALGUN TIPO DE DIETA?**

- SI ..... 1
- NO ..... 2
- NS NC ..... 9



**P.21.- ¿EN QUE MEDIDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES DESCRIBE SUS HABITOS ALIMENTICIOS? (PRESENTAR TARIETA D)**

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	NS NC
- Cada día como una comida variada: frutas, vegetales, pan integral, cereales, carnes magras, guisantes, judías, nueces, etc. ....	4	3	2	1	9
- Limito la cantidad de grasa, grasas saturadas y el colesterol en mis comidas (incluyendo la grasa en las carnes, huevos, mantequilla, crema, materias grasas y vísceras) ....	4	3	2	1	9
- Limito la cantidad de sal utilizando poca en la preparación de mis comidas, no añadiéndola en la mesa y evitando aperitivos salados ..	4	3	2	1	9
- Evito comer mucho azúcar especialmente dulces .....	4	3	2	1	9

**P.22.- ¿CUAL DE ESTAS POSIBILIDADES DESCRIBE MEJOR SU ACTIVIDAD EN SU TIEMPO LIBRE? (UNA SOLA RESPUESTA) (PRESENTAR TARIETA E)**

- Casi completamente inactivo (leer, ver TV, etc.) ....	1
- Actividad normal doméstica (gestiones, ir a la compra, al cine) .....	2
- Alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica semanal (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.) .....	3
- Actividad física regular varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)	4
- Entrenamiento físico varias veces a la semana .....	5
- NS NC .....	9

**P.23.- ¿PODRIA DECIRME CUANTO PESA APROXIMADAMENTE SIN ZAPATOS NI ROPA?**

**ANOTAR**

100 kg. o más ..... 99  
NS/NC ..... 00

**P.24.- ¿Y CUANTO MIDE APROXIMADAMENTE SIN ZAPATOS?**

**ANOTAR**

NS/NC ..... 00

**P.25.- ¿PODRIA DECIRME CUANTAS HORAS DUERME VD. AL DIA HABITUALMENTE INCLUYENDO LA SIESTA Y RATOS SUELTOS DURANTE EL DIA?**

**(CODIFICACION: ANOTAR EN MINUTOS)**

**ANOTAR**

16 horas 38 minutos (998 minutos) o más .. 998  
Todo el día ..... 999  
NS/NC ..... 000

**P.26.- ¿Y PODRIA DECIRME CUANTAS HORAS ESTA VD. EN LA CAMA AL DIA HABITUALMENTE INCLUYENDO LA SIESTA Y RATOS SUELTOS DURANTE EL DIA?**

**(CODIFICACION: ANOTAR EN MINUTOS)**

**ANOTAR**

16 horas 38 minutos (998 minutos) o más .. 998  
Todo el día ..... 999  
NS/NC ..... 000

**(A TODOS)**

### 3. INTEGRACION SOCIAL

**P.27.- ¿CON QUIEN VIVE VD.?**

- Solo .....	0
- Con su pareja .....	1
- Con su/s hijo/s .....	2
- Con su/s nieto/s .....	3
- Con su pareja y con su/s hijo/s .....	4
- Con su pareja, con su/s hijo/s y con su/s nieto/s .....	5
- Con otros familiares .....	6
- Con otras personas que no son familia ...	7
- En residencia .....	8
- NS NC .....	9

→ **P.27A.- ¿QUE EDAD TIENE SU CONYUGE O PAREJA?**

..... años

**(A TODOS)**

**P.28.- ¿CUANTOS HIJOS TIENE VD.?**

- Ninguno .....	0
- Uno .....	1
- Dos .....	2
- Tres .....	3
- Cuatro .....	4
- Cinco .....	5
- Seis .....	6
- Siete .....	7
- Ocho o más ..	8
- NC .....	9

**P.29.- ¿CON QUE FRECUENCIA SUELE VD. VERSE (PARA HABLAR O TOMAR ALGO) CON LAS SIGUIENTES PERSONAS? POR FAVOR, UTILICE LA ESCALA QUE LE MUESTRO EN LA TARIETA. (PRESENTAR TARIETA F)**

	No tiene	Todos los días o casi	Al menos 1 vez por semana	Al menos 1 vez al mes	Menos de 1 vez al mes	Nunca	NS NC
- Hijos/as que no viven con Vd. en la misma casa	5	4	3	2	1	0	9
- Nietos/as que no viven con Vd. en la misma casa	5	4	3	2	1	0	9
- Familiares que no viven con Vd. en la misma casa	5	4	3	2	1	0	9
- Amigos que no sean vecinos	5	4	3	2	1	0	9



**\* P.30.- ¿EN QUE MEDIDA ESTA VD. SATISFECHO DE LA RELACION QUE MANTIENE CON LAS PERSONAS ALLEGADAS A VD. QUE LE VOY A INDICAR?**

	Satis- fecho	Indife- rente	Insatis- fecho	No tiene relación	NS NC
(Sólo si procede)					
- Su conyuge .....	3	2	1	0	9
- Sus hijos .....	3	2	1	0	9
- Sus nietos .....	3	2	1	0	9
- Otros familiares ....	3	2	1	0	9
- Vecinos .....	3	2	1	0	9
- Amigos no vecinos ..	3	2	1	0	9

**(A TODOS)**

**\* P.31.- ¿TIENE VD. RELACIONES SEXUALES?**

SI .....	1
NO .....	2
NS/NC .....	9

**\* P.32.- EN CASO DE MANTENER RELACIONES SEXUALES, ¿CON QUE FRECUENCIA MANTIENE VD. RELACIONES SEXUALES?**

- Frecuentemente .....	3
- Ocasionalmente .....	2
- Casi nunca .....	1
- NC .....	9

**\* P.33.- ¿QUE GRADO DE SATISFACCION LE PRODUCEN DICHAS RELACIONES?**

- Bastante .....	3
- Regular .....	2
- Nada .....	1
- NC .....	9

**(A TODOS)**

**\* P.34.- ¿SE HA MODIFICADO, EN LOS ULTIMOS AÑOS, SU APETENCIA SEXUAL?**

- Sí, ha ido a más ....	4
- No se ha modificado ..	3
- Sí ha ido a menos ....	2
- Sin apetencia sexual ..	1
- NS NC .....	9

#### 4. HABILIDADES FUNCIONALES

**\* P.35.- ¿CONSIDERA VD. QUE SE PUEDE VALER POR SI MISMO?**

- Totalmente .....	5
- Bastante bien .....	4
- Bien .....	3
- Regular .....	2
- Mal .....	1
- NC .....	9

**\* P.36.- ¿CREE VD. QUE HACE 5 AÑOS SE PODIA VALER POR SI MISMO IGUAL, PEOR O MEJOR QUE AHORA?**

**\* P.36A.- ¿CREE QUE DENTRO DE 5 AÑOS PODRA VALERSE POR SI MISMO IGUAL, PEOR O MEJOR QUE AHORA?**

**\* P.36B.- ¿CREE VD. QUE SE VALE POR SI MISMO IGUAL, PEOR O MEJOR QUE LAS PERSONAS DE SU EDAD?**

	P.36	P.36A	P.36B
- Mejor .....	3	3	3
- Igual .....	2	2	2
- Peor .....	1	1	1
- NS NC .....	9	9	9

**P.37.- ¿EN QUE MEDIDA TIENE VD. DIFICULTADES PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES? (CATEGORIA G)**

	No lo hace	Nin- guna	Alguna	Bas- tante	Mucha	NS NC
- Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, etc.) .....	0	1	2	3	4	9
- Comer solo .....	0	1	2	3	4	9
- Vestirse o desvestirse .....	0	1	2	3	4	9
- Andar .....	0	1	2	3	4	9
- Bañarse o ducharse ..	0	1	2	3	4	9
- Acudir al retrete .....	0	1	2	3	4	9
- Ir de compras .....	0	1	2	3	4	9
- Preparar comidas .....	0	1	2	3	4	9
- Realizar otras tareas domésticas ..	0	1	2	3	4	9
- Utilizar el teléfono .....	0	1	2	3	4	9
- Utilizar el transporte público .....	0	1	2	3	4	9
- Tomar medicamentos ..	0	1	2	3	4	9
- Manejo del dinero .....	0	1	2	3	4	9

#### 5. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

**P.38.- ¿CON QUE FRECUENCIA REALIZA VD. LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?**

	Frecuente- mente	Ocasional- mente	Nunca	NS NC
- Leer un libro/periódico ..	3	2	1	9
- Ir a algún espectáculo ..	3	2	1	9
- Visitar amigos/parientes ..	3	2	1	9
- Hacer excursiones .....	3	2	1	9
- Ver la televisión .....	3	2	1	9
- Escuchar la radio .....	3	2	1	9
- Caminar .....	3	2	1	9
- Jugar con otras personas a juegos recreativos (cartas, etc.) .....	3	2	1	9
- Ir a la Iglesia .....	3	2	1	9
- Cuidar niños .....	3	2	1	9
- Hacer manualidades (coser, bricolage, punto, etc.) ..	3	2	1	9
- Hacer las tareas del hogar ..	3	2	1	9
- Hacer recados o gestiones ..	3	2	1	9
- Ir de compras .....	3	2	1	9
- Viajar .....	3	2	1	9

**P.39.- ¿Y QUE GRADO DE SATISFACCION LE PRODUCE REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES? (CATEGORIA H)**

	Mucho	Bas- tante	Poco	Nada	No lo hace	NS NC
- Leer un libro/periódico ..	4	3	2	1	0	9
- Ir a algún espectáculo ..	4	3	2	1	0	9
- Visitar amigos/parientes ..	4	3	2	1	0	9
- Hacer excursiones .....	4	3	2	1	0	9
- Ver la televisión .....	4	3	2	1	0	9
- Escuchar la radio .....	4	3	2	1	0	9
- Caminar .....	4	3	2	1	0	9
- Jugar con otras personas a juegos recreativos (cartas, etc.) .....	4	3	2	1	0	9
- Ir a la Iglesia .....	4	3	2	1	0	9
- Cuidar niños .....	4	3	2	1	0	9
- Hacer manualidades (coser, bricolage, punto, etc.) ..	4	3	2	1	0	9
- Hacer las tareas del hogar ..	4	3	2	1	0	9
- Hacer recados o gestiones ..	4	3	2	1	0	9
- Ir de compras .....	4	3	2	1	0	9
- Viajar .....	4	3	2	1	0	9

\* P.40.- ¿EN GENERAL ESTA VD. SATISFECHO DE LA FORMA EN QUE OCUPA SU TIEMPO?

- Satisfecho ..... 3
- Indiferente ..... 2
- Insatisfecho ..... 1
- NS NC ..... 9

P.41.- ¿HA INICIADO VD. ALGUNA ACTIVIDAD NUEVA (CULTURAL, ARTISTICA, SOCIAL, TURISTICA ...) QUE NO REALIZABA ANTES DE CUMPLIR 65 AÑOS?

- SI ..... 1
- NO ..... 2
- NS NC ..... 9

→ P.41A.- ¿CUAL?

## 6. CALIDAD AMBIENTAL SEGUN EL ENTREVISTADO

\* P.42.- ¿QUE GRADO DE SATISFACCION TIENE VD. EN RELACION CON LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE LA CASA/RESIDENCIA DONDE VIVE?

	Satis- fecho	Indife- rente	Insatis- fecho	NS NC
- El ruido/silencio .....	3	2	1	9
- La temperatura .....	3	2	1	9
- La iluminación .....	3	2	1	9
- Orden y limpieza .....	3	2	1	9
- El mobiliario .....	3	2	1	9
- Las comodidades (electro- domésticos, etc.) .....	3	2	1	9
- La vivienda en general ....	3	2	1	9

P.43.- ¿ES NECESARIO REALIZAR REPARACIONES EN EL LUGAR DONDE VIVE?

- Muchas ..... 4
- Bastantes ..... 3
- Algunas ..... 2
- Ninguna ..... 1
- NS NC ..... 9

\* P.44.- COMO VECINDARIO PARA VIVIR, ¿QUE LE PARECEN LOS ALREDEDORES DE ESTE LUGAR?

- Muy agradables y atractivos ..... 3
- Ligeramente agradables y atractivos ..... 2
- Corrientes, quizás incluso ligeramente poco atractivos ..... 1
- Poco atractivos, de aspecto pobre (miserable) ..... 0

(SOLO A LOS QUE VIVEN EN UNA RESIDENCIA, RESTO PASAN A P.48)

P.46.- ¿CREE VD. QUE ES NECESARIO REALIZAR REPARACIONES O MEJORAR EN SU APARTAMENTO O HABITACION?

- Muchas ..... 4
- Bastantes ..... 3
- Algunas ..... 2
- Ninguna ..... 1
- NS NC ..... 9

\* P.47.- POR FAVOR, INDIQUE EN QUE MEDIDA ESTA VD. SATISFECHO CON LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

(PRESENTAR TARIETA D)

	Nada	Algo	Bastante	Mucho	NC
- Relaciones con el personal que trabaja en la resi- dencia .....	1	2	3	4	9
- Características físicas y arquitectónicas de la re- sidencia .....	1	2	3	4	9
- Organización de la resi- dencia .....	1	2	3	4	9
- Relación con otros resi- dentes .....	1	2	3	4	9
- Residencia (globalmente) ..	1	2	3	4	9

## 7. CALIDAD DE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

(A TODOS)

P.48.- A CONTINUACION LE VAMOS A PRESENTAR UN LISTADO DE 19 SERVICIOS QUE PUEDEN O NO EXISTIR EN LA COMUNIDAD A LA QUE PERTENECE. POR FAVOR, LE PEDIMOS QUE NOS DIGA SI TIENE CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE ESE SERVICIO, SI LO HA UTILIZADO, Y EN ESE CASO, CUAL ES EL GRADO DE SATISFACCION:

(ENTREVISTADOR: SI NO ENTIENDE ALGUN ITEM LEER LA NOTA CORRESPONDIENTE)

	Conoce ha usado	Conoce no ha usado	No conoce no ha usado	NS NC	Satis- fecho	Indife- rente	Insatis- fecho	NC
- Consultas médicas .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Servicio de enfermería .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Podólogo (callista) .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Rehabilitación .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Terapia ocupacional .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Hospital de día .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Ayuda a domicilio (1) .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Club/Hogares de jubilados .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Centros de día para cuidar personas mayores impedidas .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Vacaciones organizadas .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Balnearios .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Aulas tercera edad (2) .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Residencias .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Residencias asistidas (para inválidos) .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Viviendas tuteladas (3) .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Viviendas de protección oficial para personas mayores .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Servicio de "acogida familiar" .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Estancias temporales en Residencias .....	3	2	1	9	3	2	1	9
- Apoyo económico a las familias para que puedan mantener a su padre o madre en la familia .....	3	2	1	9	3	2	1	9

(1) Ayuda que presta el Ayuntamiento u otro Organismo enviando una persona a su domicilio para que le atienda (limpieza, comida, aseo..).

(2) Conferencias organizadas para personas mayores, cursos ...

(3) Viviendas donde habitan varias personas mayores asistidas por uno o dos cuidadores.



## 8. SATISFACCION CON LA VIDA

\* P.49.- ¿PODRIA DECIRME SI ESTAS FRASES SON APLICABLES A VD. O NO LO SON?

	SI	NO	NS/NC
- A medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí .....	1	2	9
- Tengo tanta energía como el año pasado ..	1	2	9
- Ahora me molestan más las cosas pequeñas que antes .....	1	2	9
- Siento que según me voy haciendo mayor soy menos útil .....	1	2	9
- A veces estoy tan preocupado que no puedo dormir .....	1	2	9
- A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida .....	1	2	9
- Ahora soy tan feliz como cuando era joven ..	1	2	9
- Tengo muchas razones por las que estar triste .....	1	2	9
- Me siento más irritable que antes .....	1	2	9
- La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil .....	1	2	9
- Me tomo las cosas a pecho .....	1	2	9
- Me altero o disgusto fácilmente .....	1	2	9
- Según me voy haciendo mayor, me siento más solo .....	1	2	9

\* P.49A.- ¿COMO ESTA DE SATISFECHO CON SU VIDA AHORA?

- Nada .....	1
- Algo .....	2
- Bastante .....	3
- Mucho .....	4
- NS NC .....	9

\* P.49B.- SEGUN SE VA HACIENDO MAYOR LAS COSAS SON PARA VD.:

- Mejor .....	3
- Igual .....	2
- Peor .....	1
- NS NC .....	9

## 9. SINCERIDAD

\* P.50.- A PARTIR DE AQUI ANOTE "SI" O "NO" SON VERDADERAS PARA VD. LAS FRASES QUE A CONTINUACION SE PRESENTAN:

	SI	NO	NS/NC
- ¿Su estado de ánimo sufre altibajos algunas veces? .....	1	2	9
- ¿Son todas sus costumbres adecuadas? ....	2	1	9
- De todas las personas que conoce, ¿Hay algunas que no le gusten en absoluto? ....	1	2	9
- ¿Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o a una cita? .....	1	2	9
- ¿Habla alguna vez de cosas que desconoce? ..	1	2	9
- ¿Murmura Vd. alguna vez? .....	1	2	9
- Alguna vez, después de oír el despertador, ¿Ha preferido quedarse un rato más en la cama? .....	1	2	9
- ¿Le gusta que alguna vez le alaben algo de lo que ha hecho? .....	1	2	9
- ¿Ha comido Vd. alguna vez algo más de lo que debiera? .....	1	2	9

## DATOS SOCIOECONOMICOS

D.1.- SEXO:

VARON .....	1
MUJER .....	2

D.2.- EDAD

\_\_\_\_\_ años  
99. NC

D.3.- ESTADO CIVIL

Soltero .....	1
Casado .....	2
Vive en pareja .....	3
Separado .....	4
Divorciado .....	5
Viudo .....	6
NC .....	9

D.4.- RELACION CABEZA DE FAMILIA

- Cabeza de Familia ...	1
- Esposo/a, Compañero/a ..	2
- Hijo/a .....	3
- Padre/madre .....	4
- Suegro/a .....	5
- Hermano/a, Cuñado/a ..	6
- Otro .....	7
- NS NC .....	9

D.5.- NUMERO DE MIEMBROS EN EL HOGAR

~~fam. 02~~

- Uno .....	0
- Dos .....	1
- Tres .....	2
- Cuatro .....	3
- Cinco .....	4
- Seis .....	5
- Siete .....	6
- Ocho .....	7
- Nueve o más .....	8
- NS NC .....	9

D.6.- OCUPACION ANOTAR ACTIVIDAD Y SECTOR SEGUN TARJETA. (PRESENTAR TARIETA OCUPACION)

A) OCUPACION ACTUAL DEL ENTREVISTADO

B) OCUPACION ULTIMA DEL ENTREVISTADO (ANTES DE JUBILARSE O ESTAR EN PARO)

C) PRIMERA OCUPACION DEL ENTREVISTADO

D) OCUPACION DEL CABEZA DE FAMILIA

(SOLO JUBILADOS, NO JUBILADOS PASAR A D.8)

D.7.- ¿A QUE EDAD SE JUBILO?

\_\_\_\_\_ años



**D.7A.- ¿SE HA PRODUCIDO ALGUN CAMBIO EN SU VIDA DESDE QUE SE HA JUBILADO?**

- SI ..... 1
- NO ..... 2
- NS NC ..... 9

→ **D.7B.- EN CASO AFIRMATIVO, ¿COMO HA SIDO DICHO CAMBIO?**

- Bastante positivo ..... 3
- Ni positivo ni negativo ..... 2
- Bastante negativo ..... 1
- NC ..... 9

**D.7C.- SU VIDA DE PENSIONISTA, ¿ES, EN GENERAL, MEJOR O PEOR DE LO QUE ESPERABA?**

- Mejor ..... 3
- Como esperaba ..... 2
- Peor ..... 1
- NC ..... 9

**D.7D.- ANTES DE LA JUBILACION SU VIDA ERA MEJOR, IGUAL O PEOR QUE AHORA?**

- Mejor ..... 3
- Igual ..... 2
- Peor ..... 1
- NC ..... 9

**(A TODOS)**

**D.8.- EDUCACION. (PRESENTAR TARIETA ESTUDIOS)**

- a) Nivel máximo de estudios terminados alcanzados por el entrevistado.  
 b) Nivel máximo de estudios terminados alcanzados por el padre del entrevistado.  
 c) Nivel máximo de estudios terminados alcanzados por el cabeza de familia.

	a)	b)	c)
- Menos de estudios primarios, no sabe leer	0	0	0
- Menos de estudios primarios, sabe leer	1	1	1
- Estudios primarios completos	2	2	2
- Formación Profesional 1er Grado	3	3	3
- Formación Profesional 2º Grado	4	4	4
- Bachiller Elemental, EGB	5	5	5
- Bachiller Superior, BUP, COU	6	6	6
- Estudios de Grado Medio	7	7	7
- Universitarios o Superiores	8	8	8
- NC	9	9	9

**D.9.- RELIGIOSIDAD**

A) ¿PODRIA DECIRME A QUE RELIGION PERTENECE VD.?

- Católico ..... 1
- Otra ¿cuál? ..... 2
- Ninguna ..... 3
- NS NC ..... 9

B).- Y EN CUANTO A SU GRADO DE PRACTICA RELIGIOSA, ME GUSTARIA QUE SE SITUASE EN LA ESCALA QUE LE MUESTRO EN ESTA **TARIETA DE PRACTICA RELIGIOSA**. DONDE 1 SIGNIFICA NO PRACTICANTE Y 5 MUY PRACTICANTE:

No Practicante						Muy Practicante	NS NC
1	2	3	4	5	9		

**D.10.- LUGAR DE RESIDENCIA (DATOS A COMPLETAR POR EL ENTREVISTADOR)**

A) PROVINCIA

B) COMUNIDAD AUTONOMA

C) TAMAÑO DE LA LOCALIDAD

**D.11.- ¿PODRIA DECIRME LOS INGRESOS MENSUALES QUE POR TODOS LOS CONCEPTOS ENTRAN EN SU HOGAR? (PRESENTAR TARIETA DE INGRESOS)**

- Hasta 45.000 Ptas.	0
- De 45.001 a 75.000 Ptas.	1
- De 75.001 a 100.000 Ptas.	2
- De 100.001 a 150.000 Ptas.	3
- De 150.001 a 200.000 Ptas.	4
- De 200.001 a 275.000 Ptas.	5
- De 275.001 a 350.000 Ptas.	6
- De 350.001 a 450.000 Ptas.	7
- Más de 450.000 Ptas.	8
- NS/NC	9

**D.12.- ¿COBRA VD. ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PENSIONES?**

	SI	NO	NS/NC
- Jubilación	1	3	9
- Viudedad	1	3	9
- Invalidez	1	3	9
- Minusvalía	1	3	9
- Otra	1	3	9

**D.12A.- ¿CUAL ES LA CUANTIA DE SU/S PENSION/ES O LA/S DE SU CONYUGE? (PRESENTAR TARIETA DE PENSION)**

- Hasta 25.000 Ptas.	1
- De 25.001 a 45.000 Ptas.	2
- De 45.001 a 75.000 Ptas.	3
- De 75.001 a 100.000 Ptas.	4
- De 100.001 a 150.000 Ptas.	5
- De 150.001 a 200.000 Ptas.	6
- De 200.001 a 275.000 Ptas.	7
- Más de 275.000 Ptas.	8
- NS/NC	9

**D.13.- EL LUGAR EN EL QUE VIVE ES:**

- Piso ..... 1
- Vivienda unifamiliar ..... 2
- Otras? ..... 3
- Residencia ..... 4
- NS NC ..... 9

**D.14.- ¿QUE TAMAÑO APROXIMADO TIENE SU VIVIENDA/ APARTAMENTO O HABITACION?**

- Menos de 10 metros	1
- De 11 a 20 metros	2
- De 21 a 30 metros	3
- De 31 a 40 metros	4
- De 41 a 50 metros	5
- De 51 a 100 metros	6
- De 101 a 150 metros	7
- De 151 a 200 metros	8
- Más de 200 metros	9
- NS/NC	0

**(ENTREVISTADOR: PUEDE AYUDAR EN LA ESTIMACION)**

**D.14A.- ENTREVISTADOR ANOTAR LA PLANTA EN LA QUE VIVE EL ENTREVISTADO.**

**D.15.- ¿CUANTOS AÑOS TIENE SU VIVIENDA/RESIDENCIA?**

- Menos de 10 años .... 1
- De 10 a 29 años .... 2
- De 30 a 49 años .... 3
- De 50 a 99 años .... 4
- Más de 100 años .... 5
- NS NC ..... 9

**D.16.- ¿TIENE SU VIVIENDA/RESIDENCIA, PROBLEMAS DE HUMEDAD?**

- SI ..... 1
- NO ..... 2
- NS NC ..... 9

**D.17.- ¿PODRÍA DECIRME CUALES DE LOS SIGUIENTES BIENES O SERVICIOS TIENE VD. EN SU VIVIENDA/RESIDENCIA Y CUALES NO?**

	SI	NO	NS/NC
- Retrete .....	1	2	9
- Baño/ducha .....	1	2	9
- Televisión .....	1	2	9
- Radio .....	1	2	9
- Calefacción/radiadores, estufa ....	1	2	9
- Agua caliente .....	1	2	9
- Ascensor .....	1	2	9
- Teléfono .....	1	2	9
- Agua corriente .....	1	2	9

**D.18.- ¿CUAL ES EL ESTADO DE LAS CALLES DE SU BARRIO?**

- Bueno ..... 3
- Regular ..... 2
- Malo ..... 1
- NS NC ..... 9

**D.19.- ESTA SU VIVIENDA/RESIDENCIA AISLADA DEL RESTO DE LA CIUDAD/PUEBLO?**

- Muy aislada ..... 1
- Bastante aislada ..... 2
- Bastante céntrica ..... 3
- Muy céntrica ..... 4
- NS NC ..... 9

**D.20.- TIENE BUENAS COMUNICACIONES CON EL RESTO DE LA CIUDAD O PUEBLO?**

- Muy buenas ..... 5
- Bastante buenas ..... 4
- Algunas ..... 3
- Bastante malas ..... 2
- Muy malas ..... 1
- NS NC ..... 9

**D.21.- EN LOS ALREDEDORES DE SU RESIDENCIA/VIVIENDA EXISTEN COMERCIOS?**

- Muchos ..... 4
- Algunos ..... 3
- Pocos ..... 2
- Ninguno ..... 1
- NS NC ..... 9

**D.22.- TIENE CERCA DE SU CASA/RESIDENCIA UNA IGLESIA?**

- SI ..... 1
- NO ..... 2
- NS NC ..... 9

**D.23.- SE SIENTE VD. SEGURO AL ANDAR POR SU BARRIO/PUEBLO, ES DECIR, ¿CREE QUE EN SU BARRIO/PUEBLO EXISTE SEGURIDAD CIUDADANA?**

- Mucho ..... 5
- Bastante ..... 4
- Regular ..... 3
- Poco ..... 2
- Nada ..... 1
- NS NC ..... 9

**DATOS DE OBSERVACION**

**EL ENTREVISTADOR CUMPLIMENTARA LAS PREGUNTAS ADJUNTAS TRAS OBSERVACION DEL DOMICILIO O RESIDENCIA.**

**ENTREVISTADOR: EVALUE CADA UNA DE ESTAS AREAS Y MARQUE LA PUNTUACION (0, 1, 2, 3) SEGUN SU APRECIACION.**

**O.1.- NIVEL DE RUIDO**

- MUY SILENCIOSO (Notable ausencia de ruidos) ... 3
- SILENCIOSO (Presencia de algunos ruidos pero sería fácil leer) ..... 2
- ALGO RUIDOSO (Muchos ruidos o interrupciones ruidosas ocasionales) ..... 1
- MUY RUIDOSO (Los ruidos son fuertes y distraen, por ej.: ruidos constantes como zumbidos, equipos de limpieza, etc.) ..... 0

**O.3.- ILUMINACION**

- ABUNDANTE ILUMINACIÓN (Iluminación adecuada, fácil lectura en todas las áreas de la habitación) ..... 3
- BUENA ILUMINACIÓN (Básicamente buena, pero puede ser baja, desigual o deslumbrante en algunas zonas) ..... 2
- ESCASAMENTE ADECUADA (Iluminación pobre, desigual deslumbrante, difícil leer o sólo posible en determinadas zonas de la habitación/residencia) ... 1
- INADECUADA ILUMINACIÓN (Iluminación muy baja o muy deslumbrante en la mayoría de las zonas de la vivienda, difícil o imposible la lectura) ..... 0

**O.4.- ORDEN/LIMPIEZA**

- ORDENADO/LIMPIO (Las áreas vitales están muy ordenadas; parece que hay "un sitio para cada cosa y una cosa para cada sitio" ..... 3
- ALGÚN DESORDEN/SUCIEDAD (Parece que "alguien vive allí"; algunos muebles están corridos, revistas esparcidas, se ve alguna suciedad) ..... 2
- DESORDENADO/SUCIO (Los espacios vitales están algo desordenados y se ven algunos desperdicios) ... 1
- MUY DESORDENADO/SUCIO (Los muebles y objetos están desordenados y muy sucios) ..... 0



#### 0.5.- ESTADO DEL MOBILIARIO

- EXCELENTE (Como nuevos; bien conservados, limpios, muy pulidos o sin manchas) ..... 3
- BUENO (No nuevos pero en buen estado; ligeramente desgastados, pequeños arañazos, algo de polvo, algunas pocas manchas, algo sucio en los pliegues) .. 2
- NORMAL (Algo viejos, pero estructuralmente sólidos todavía, moderadamente limpios) ..... 1
- DETERIORADO (Viejos y con escasa reparación desgarrados, manchas, sucios o con polvo; pueden ser estructuralmente inestables o peligrosos) ..... 0

#### DESPUES DE OBSERVACION DEL BARRIO

#### 0.6.- COMO VECINDARIO PARA VIVIR ¿QUE LE PARECEN LOS ALREDEDORES DEL DOMICILIO/RESIDENCIA?

- Muy agradables y atractivos ..... 3
- Ligeramente agradables y atractivos ..... 2
- Corrientes, quizá incluso ligeramente poco atractivos . 1
- Poco atractivos, de aspecto pobre (miserable) ..... 0

#### 0.7.- ¿EN QUE MEDIDA LE PARECE ATRACTIVO EL TERRENO MAS PROXIMO A LA VIVIENDA/RESIDENCIA?

- MUY AGRADES Y ATRACTIVOS (Ajardinado o con vegetación natural muy atractiva; bien conservado; sin basura hierbajos; con senderos limpios, arreglados con cuidado) ..... 3
- ALGO ATRACTIVOS (Muestra señales de cuidado mantenimiento frecuente) ..... 2
- CORRIENTE (Algo atractivo, pero escasamente mantenido o con aspecto corriente; poco ajardinado; algunos hierbajos o desperdicios) ..... 1
- POCO ATRACTIVO (No hay terrenos exteriores, sólo aceras; muestra poco o ningún mantenimiento) ..... 0

#### 0.8.- ¿EN QUE MEDIDA LE PARECE ATRACTIVO EL EDIFICIO O VIVIENDA UNIFAMILIAR?

- MUY ATRACTIVOS (Diseño singular y atractivo, excelente mantenimiento) ..... 3
- ALGO ATRACTIVO (Puede mostrar algún signo de deterioro después de una minuciosa inspección; o el diseño es adecuado pero no extraordinariamente atractivo) ..... 2
- CORRIENTES (Los edificios son algo atractivos pero escasamente conservados, o no son notables por su diseño o conservación ..... 1
- POCO ATRACTIVOS (Los edificios están deteriorados o no son atractivos) ..... 0

#### (ENTREVISTADOR: ANOTAR SI LA ENCUESTA SE HA REALIZADO CON ALLEGADO O SIN EL)

- Contesta sólo el entrevistado ..... 1
- Contesta el entrevistado y el allegado ..... 2
- > Especificar relación de parentesco del allegado:



ANEXO II

## MUESTRA RESIDENCIA

Esta muestra se ha obtenido a partir de 256 sujetos de residencias públicas y 251 de residencias privadas.

Total	507
Andalucía	71
Aragón	21
Asturias	12
Baleares	10
Canarias	12
Cantabria	8
Castilla la-Mancha	26
Castilla-León	48
Cataluña	77
Comunidad Valenciana	45
Extremadura	15
Galicia	37
Madrid	68
Murcia	10
Navarra	10
País Vasco	31
La Rioja	6

## CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD

### LISTADO PÚBLICAS

Zaragoza	(Pensionistas S.S.)
Pamplona	(El Vergel)
Ondarroa	(Artibai)
Lejona	(Residencia Asistida)
Bilbao	(Residencia Txurdinaga)
Abanto-Ciervana	(Residencia Gallarta)
Llodio	(Residencia San Roque)
San Sebastián	(Residencia San José)
	(Alai-Etxe)
Logroño	(Residencia S.S.)
Laranzo	(Reina Sofía Pabellón n.º 2)
Griñón	(Residencia Ancianos)
Parla	(Residencia 3.º Edad Insero)
Colmenar Viejo	(Residencia Colmenar)
Tres Cantos	(Residencia)
Fuenlabrada	(Residencia Ancianos)
Getafe	(Residencia Getafe)
Madrid	(Residencia San Blas)
Badajoz	(Residencia La Granadilla)
Montijo	(Club de Ancianos)
Telde (Las Palmas)	(Residencia Taliarte)
Oviedo	(Residencia Sta. Teresa)
Gijón	(Residencia San Nicolás)
Palma de Mallorca	(Residencia La Bonanova)
	(Residencia Hogar de los Ancianos)
Valls	(Residencia Alt. Camp.)
Cambrils	(Residencia Costa Mediterránea)
Vendrell	(Casal de Avis Vendrell)
Barcelona	(Residencia Hogares Mundet)
	(Residencia Algell Guimera)
	(Geriátrico Virgen del Vinet)
	(Residencia Lairer)
	(Residencia José Mirade)
	(Residencia Jaime Valls)
	(Hars Pare Relats)
Montseni Alicante	(Residencia Hogar Provincial)
	(Residencia Pensionistas S.S.)
Burriana	(Residencia Tercera Edad)
Silla	(Residencia Tercera Edad)
Gandia	(San Foz de Gandia)



Benetuser	(Residencia Tercera Edad)
Dos Hermanas	(Residencia Pensionista de Montequinito)
	(Residencia San Fernando)
Benalguacil	(Residencia Campos del Turia)
Sevilla	(Residencia Pensionista S.S. de Mediópolis)
Huelva	(Hogar Pensionista la Orden)
Cádiz	(Residencia Provincial de Ancianos)
	(Residencia Matías Calvo)
Granada	(Residencia 3.ª Edad)
Málaga	(Residencia Pensionistas 3.ª Edad El Palo)
Torremolinos	(Residencia Agua Marina) A

## **CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD**

### **LISTADO PRIVADAS**

Calatayud	(Hogar Nuestra Señora de la Peña)
Zaragoza	(Hermanistas de los Ancianos Desamparados)
	(Residencia Misioneras Ntra. Sra. del Pilar)
	(Casa Amparo)
Pamplona	(Madres Angélicas)
	(Casa Misericordia)
Bilbao	(Conde de Aresti)
	(Labayru)
	(San Mamés o Misericordia)
San Sebastián	(Nuestra Señora de la Paz)
Logroño	(Residencia Santa Cruz)
Colmenar Viejo	(Ntra. Sra. de la Soledad)
Madrid	(Peñagrande Caritas)
	(Residencia Montserrat)
	(Fundación Fausta Elorz)
Miraflores	(Tercera Edad, Hotel Refugio)
Morata de Tajuña	(Residencia La Torre)
	(Virgen de la Antigua)
Badajoz	(Residencia Hogar Lisardo Sánchez)
	(Hogar Residencia Virgen de la Soledad)
Las Palmas	(Casa Hogar Fray Leopoldo)
	(Residencia 100 años Ntra. Sra. Pino)
Sta. Coloma	(Residencia M.ª de la Salud)
El Vendrell	(Fundación Sta. Ana)
El Valls	(Residencia Alt. Camp.)
Cambrils	(Residencia Costa Mediterránea)
Barcelona	(Marivilla 3.ª Edad)

	(Residencia San Pau)
	(Residencia Niño Dios)
	(Residencia Sta. Rita)
	(Residencia Sibelius)
	(Residencia Rosbeu 2)
	(Residencia Ntra. Sra. Nuria)
	(Residencia J. Alfonso)
	(Hermanitas de los pobres)
	(Residencia Moncor)
	(Residencia Alesan)
Oviedo	(Residencia el Fontan)
Avilés	(Residencia el Parques)
	(Residencia Sta. Teresa de Jornet)
Palma de Mallorca	(Residencia La Nostra)
Alicante	(Residencia Ntra. Sra. Lourdes)
	(Residencia del Remedio)
Valencia	(Residencia Ntra. Sra. Carmen)
Albal	(Residencia Muñoz Genovés)
Pobla de Valencia	
Serado	(Casa Trini)
L'Eliana	(Residencia La Paloma)
Torrent	(Residencia Bonestar)
	(Residencia Monte-Vedat)
Picauilla	(Residencia Maria Auxiliadora)





REUNIDO, EN EL DIA DE LA FECHA, EL TRIBUNAL QUE SUSCRIBE, ACORDA  
A LA PRESENTE TESIS DOCTORAL LA CALIFICACION DE SOBRESALIENTE "CUM LAUDE" POR UNANIMIDAD  
MADRID, 12 - JULIO - 1999

EL PRESIDENTE,

  
FDO: Re: Araceli Benavides

EL SECRETARIO,

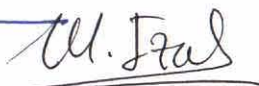
  
FDO: JOSE MANUEL HERNANDEZ LOPEZ

PRIMER VOCAL,



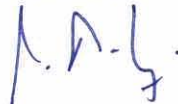
FDO: Abilio Reig

SEGUNDO VOCAL,



FDO: Maria Isuel

TERCER VOCAL,



FDO: Nicolas Ruiz